

BRUCELLOSES

et

Manifestations ostéo-articulaires

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Janvier 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Marie-Edmond-Gaston VICHARD

Né à Granges (Vosges), le 27 Avril 1905

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HAMANT, professeur...	<i>Président</i>
		MICHEL, professeur.....	{ <i>Juges</i>
		J. PARISOT, professeur.	
		CHALNOT, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD

2-4, Rue de Maréville, 2-4

NANCY-LAXOU

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

BRUCELLOSES

et

Manifestations ostéo-articulaires

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Janvier 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Marie-Edmond-Gaston VICHARD

Né à Granges (Vosges), le 27 Avril 1905

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. HAMANT, professeur....	<i>Président</i>
	MICHEL, professeur.....	{ <i>Juges</i>
	J. PARISOT, professeur.	
	CHALNOT, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD

2-4, Rue de Maréville, 2-4

NANCY-LAXOU

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O  I .

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS,  I ; WEISS, O  I .

BOUIN, O  I ; ANCEL,  I ; GARNIER,  I .

MACÉ,  I ; P. PARISOT, O  I ; DUFOUR,  I ; G. THIRY,  I .

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O  I  .
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O  I  .
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O  I  .
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FRELICH,  I  .
Physiologie	M. M. LAMBERT,  I  .
Clinique obstétricale et Accouchements .	M. A. FRUHHNSHOLZ, O  I  .
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES,  I  .
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ,  I  .
Histologie	M. R. COLLIN,  I  .
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN,  I  .
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL,  I  .
Clinique médicale	M. L. RICHON,  I  .
Chimie médicale	M. H. ROBERT,  I  .
Thérapeutique	M. M. PERRIN,  I  .
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C  I  .
Clinique chirurgicale	M. HAMANT,  I  .
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDEL, E.  I  .
Hydrologie	M. SANTENOISE,  A  .
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSE,  I  .
Bactériologie	M. DE LAVERGNE,  I  .
Professeurs sans chaire	M. L. JOB,  I  .
	M. WATRIN,  I  .

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	M. M. PERRIN,  I  professeur.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN A  agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET,  I  agrégé libre.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A  agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE,  I  professeur.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN,  I  prof. sans chaire.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY,  I  agr. libre.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY,  I  ch. du c. ag. lib.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB,  I  prof. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN,  A  agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A  agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL,  I  agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL,  I  agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL,  docteur.
Éducation physique (I)	M. L. MERKLEN, A  agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A  agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A 
FLORENTIN.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF.

MM. POURSINES.
MELNOTTE, O 
MUTEL,  I 
VERMELIN,  A 

MM. GUILLEMIN, A 
ABEL,  A 
DROUET, A 
SIMONIN, A 

Agrégés libres :

MM. G. GROSS,  I ; S. RÉMY, I ; BUSQUET, I 
M. FAIRISSE, I ; BINET,  I ; BARTHÉLEMY,  I ; LAMY,  I 
M. E. TRIBOLET, I  Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PERE

Le DOCTEUR VICHARD

Auquel nous devons tout et dont
la vie professionnelle sera pour
nous le meilleur exemple

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

Le DOCTEUR THOUVENIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy

A MES ONCLES

Le DOCTEUR ALGAN

Le DOCTEUR CLAIR

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR A. HAMANT,
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Maitre de la Chirurgie, nous lui devons le goût du travail méthodique et de la technique opératoire. Nous conservons de notre passage dans son service un souvenir ineffaçable et l'assurons de toute notre gratitude pour l'appui qu'il ne nous a jamais ménagé.

A MES JUGES :

M. le PROFESSEUR G. MICHEL,
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous avons quitté à regret son service où nous avons appris à soigner et à aimer les malades. Nous n'oublierons jamais ses précieuses leçons et son inépuisable bonté.

M. le PROFESSEUR J. PARISOT,

Directeur de l'Institut d'Hygiène et de Médecine préventive

*Délégué permanent de la France à la Commission
d'hygiène de la Société des Nations*

Commandeur de la Légion d'Honneur

Notre orientation chirurgicale nous a privé de l'honneur et du plaisir d'être son élève. Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre thèse sur un sujet où son nom fait autorité.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ P. CHALNOT,

Professeur Agrégé de Chirurgie

Il a mis la chirurgie à notre portée. Nous sommes heureux de saisir cette occasion de lui dire publiquement notre grande admiration et toute notre affection. Un avenir brillant couronnera ses efforts et fera justice à des qualités que personne ne conteste. Nous le désirons de tout cœur.

A MES MAITRES

M. le PROFESSEUR A. FRUHINSHOLZ

M. le PROFESSEUR A. BINET

A LA MEMOIRE DE MON MAITRE

M. le PROFESSEUR A. VAUTRIN

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX.

Introduction

Deux cas d'ostéite à mélitocoques observés pendant notre internat, nous ont incité sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur HAMANT, à étudier, dans notre travail inaugural, les manifestations ostéo-articulaires des Brucelloses.

Jusqu'ici presque ignorée dans nos régions, la fièvre méditerranéenne tend à se développer de plus en plus, et il y a lieu de tenir compte maintenant, en pratique, de ses localisations dans la pathologie ostéo-articulaire.

Dans cette courte étude, nous avons voulu insister surtout sur les formes chroniques, d'allure primitive qui simulent quelquefois les lésions tuberculeuses des os et des articulations, et la manière de les rattacher à leur véritable origine.

C'est dans ce but que nous avons rappelé les procédés de laboratoire actuellement existants et que nous avons à notre disposition en Lorraine, grâce à l'installation moderne de l'Institut d'Hygiène, et à la compétence reconnue de son personnel.

Il est, en effet, très utile de dépister les formes frustes des brucelloses, dont dépendent fréquemment les manifestations ostéo-articulaires isolées, de façon à grouper les cas observés, et par une étude épidémiologique précise, lutter

par les moyens prophylactiques modernes contre l'extension de l'infection.

Notre travail a été rédigé surtout au point de vue diagnostic, car au point de vue thérapeutique, les ostéo-arthrites sont le plus souvent curables par les moyens médicaux ; le traitement chirurgical est réservé à de très rares formes.

Notre modeste contribution se joindra du reste aux travaux très approfondis qui ont été faits déjà dans le centre de prophylaxie de Lorraine et à la discussion en cours à la Société de Médecine de l'Est, où la question des brucelloses est actuellement à l'étude.

Chapitre Premier

Les Arthrites Mélitococciques

Dès les premières descriptions de la fièvre de Malte, faites par MARSTON, en 1863, les examens de BRUCE, en 1893, on a remarqué l'existence, au cours de cette pyrexie, de manifestations articulaires. La fréquence des algies et des fluxions d'apparence rhumatismale a permis de les considérer comme faisant presque partie du syndrome clinique de l'affection.

Une statistique publiée par EYRE, en 1908, montrait déjà que les manifestations articulaires, arthrites et ténosynovites, se rencontraient dans le cinquième des cas. Certains auteurs ont même poussé plus loin la proportion, et CANTALOUBE, en 1909, estimait que ces manifestations, quelquefois larvées, étaient présentes dans la presque totalité des cas. Dès 1910, ROGER également insistait sur ces manifestations ostéo-articulaires. Depuis, on a décrit des manifestations isolées, et qui ont été rattachées à la fièvre de Malte, à la suite de recherches cliniques plus poussées, d'enquêtes épidémiologiques et d'examen de laboratoire.

Rappelons d'abord, en quelques mots, comment se présentent les manifestations articulaires au cours de la fièvre de Malte. On peut poser en principe que les atteintes articulaires peuvent apparaître à toutes les périodes de la maladie, qu'elles peuvent atteindre tous les articles, qu'elles peuvent se présenter sous des formes très variables, allant depuis les arthralgies fugaces, jusqu'aux suppurations articulaires.

a) Le *siège* de ces manifestations est essentiellement variable. La statistique de CANTALOUBE est particulièrement instructive, car elle englobe un certain nombre d'observations : sur 151 malades, cet auteur a noté que, dans un tiers des cas, l'infection touchait l'articulation sacro-iliaque, que les genoux étaient atteints dans environ un quart des cas, les épaules une fois sur six. Venaient ensuite, par ordre de fréquence, les articulations des vertèbres lombaires, les hanches, les poignets, les mains et les doigts; les chevilles, les articulations des vertèbres dorsales, les coudes, les articulations des vertèbres cervicales.

En dehors des formes arthralgiques, on peut observer de véritables arthrites monoarticulaires. Mais, même dans les formes graves, l'atteinte simultanée de plusieurs articulations est la règle. Dans la plupart des cas, il s'agit donc de polyarthrite.

b) L'*apparition* de ces manifestations articulaires est variable; cependant, c'est en général à la période d'état de la fièvre ondulante qu'elles se produisent, quelques semaines après le début de l'évolution.

Exceptionnellement, ces phénomènes articulaires se produisent tout au début. Quant aux manifestations tardives, elles semblent relativement fréquentes, se produisant six, huit, dix mois après le début, quelquefois même pendant la convalescence. C'est l'existence de ces manifestations tardives, se produisant en dehors de toute pyrexie, qui ont incité les auteurs à décrire des localisations articulaires isolées pouvant se rattacher à l'infection mélitococcique.

ARTHRALGIES

Si le polymorphisme évolutif de ces arthropathies est bien connu, il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart des cas, les *formes aiguës* restent la règle. L'arthralgie est observée dans 75 % des cas environ ; elle va, depuis la douleur légère avec gêne dans les mouvements, jusqu'à la douleur vive, accompagnée quelquefois même de contracture. Ces phénomènes durent le plus souvent quelques jours, puis disparaissent, pour réapparaître quelquefois le plus souvent au niveau d'une autre articulation.

Du reste, la guérison peut être hâtée par l'emploi de vaccin antimélitococcique, et même par la simple intradermo-réaction. MM. MELNOTTE et MASSON ont publié récemment le cas intéressant d'un malade qui, à la suite d'une fièvre de Malte, a présenté une arthralgie sacro-iliaque très douloureuse. L'intradermo-réaction à la mélitine amena la guérison du malade en quinze jours.

HYDARTHROSE

Dans d'autres cas, les douleurs articulaires s'accompagnent de léger épanchement dans la jointure. Une légère rougeur, quelquefois ; mais, le plus souvent, une simple augmentation de volume de l'articulation. Ces manifestations sont également passagères.

En quelques jours, l'hydarthrose disparaît ; parfois demeure pendant une semaine ou deux. En tous cas, l'articulation est guérie complètement, et l'on n'observe pas de séquelles.

On a cependant signalé des formes qui passent à la chronicité, s'accompagnant de réaction plastique intra-articulaire, et pouvant aboutir à de véritables ankyloses. Ces formes sont très rares, et il faut, croyons-nous, y voir plus l'effet d'un terrain particulier que celui du germe lui-même, qui, dans la plupart des observations, ne détermine qu'un effet fluxionnaire.

ARTHRITE SUPPURÉE

La suppuration intra-articulaire est également un mode évolutif exceptionnel. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de suppuration des grandes articulations. Il semble plutôt que ce soit au niveau des petites articulations, chondro-sternales métacarpo-phalangiennes, qu'on les voit

se produire (ROGER, NAREK, CANTALOUBE). Leur gravité ne semble pas être, du reste, considérable, et elles guérissent en général simplement.

Les manifestations articulaires de la mélitococcie semblent donc, à la période aiguë, assez superficielles, et l'on s'explique qu'elles aient peu de tendance à passer à la chronicité; d'autre part, que les formes chroniques soient en général peu tenaces et d'un pronostic en général favorable.

Les *formes chroniques* les plus intéressantes sont la forme que l'on a décrite sous le nom de pseudo-coxalgie méditerranéenne, décrite surtout par GUILLOT, par CANTALOUBE, par CIGNOZZI.

La ressemblance avec une coxalgie est parfois frappante, mais l'évolution tranche aisément le diagnostic, car la guérison s'obtient en général complètement au bout de deux à quatre mois.

Quant aux formes de polyarthrites rhumatismales chroniques, on n'en trouve que des observations très contestables. En effet, on trouve citées dans la littérature l'observation de LAGRIFFONT et ROGER : il s'agissait d'un malade qui présentait un séro-diagnostic positif au 1/30^e.

Outre l'insuffisance notoire de ce taux d'agglutination pour admettre comme probable la fièvre de Malte, nous remarquons avec étonnement, dans l'observation, que le malade présentait des signes évidents de localisations tuberculeuses des sommets tels que, conclut très justement LAVENTURE, comme d'autre part, aucune autre observation de rhumatisme articulaire mélitococcique n'a été publiée, il est probable que cette forme de polyarthrite chronique de la fièvre de Malte n'existe pas.

Chapitre II

Manifestations osseuses des Brucelloses

Dans la fièvre de Malte caractérisée, selon PHOCAS, il y a trois symptômes qui signent l'évolution clinique de la maladie: l'anémie, la fièvre et les douleurs.

Les douleurs sont même quelquefois tellement vives, dit cet auteur, qu'elles arrachent parfois des larmes aux plus courageux. Elles sont vraisemblablement d'origine musculaire, nerveuse, articulaire; mais, chez certains, elles semblent bien d'origine osseuse. C'est l'impression que l'on retire de la lecture des observations si intéressantes de CANTALOUBE.

Subjectivement, ce sont des douleurs névralgiques diffuses, occupant une partie des membres et surtout le tronc; exagérées par les mouvements et par une certaine pression.

Elles affectent les allures d'une sciatique irrégulière, d'un tour de reins, d'une névralgie intercostale ou brachiale; mais qu'on cherche à localiser les points classiques des névralgies, on n'y parvient pas. La pression elle-même sur

le membre endolori n'est pas douloureuse sur la plus grande étendue du membre; mais elle existe sur une très petite étendue, à côté d'une insertion musculaire, et son étendue ne dépasse pas la pulpe du doigt qui explore. C'est un point précis qu'il faut beaucoup de soin pour découvrir, mais sur lequel la douleur est exquise, lancinante, insupportable.

On découvre ces points douloureux au tibia, au fémur, au niveau de la colonne vertébrale, du sacrum, etc... C'est la raison pour laquelle l'interligne sacro-iliaque est si fréquemment douloureux.

PHOCAS dit les avoir rencontrées au tubercule du grand adducteur, aux tubérosités du sacrum, aux apophyses épineuses de la colonne vertébrale. Ces points douloureux sont surtout épiphysaires, rarement diaphysaires. Au niveau d'une épiphyse, ils se localisent volontiers près d'une insertion musculaire. Ils sont surtout cataphysaires, c'est-à-dire proches de la cataphyse, de l'insertion tendineuse. Ces points douloureux sont certainement osseux, car la pression sur les nerfs et sur les muscles n'en réveillent aucune trace, tandis qu'ils sont mis en évidence par une pression localisée sur l'os.

On trouve, dans les observations de CANTALOUBE, des cas très nets où ces douleurs localisées sur l'os se sont accompagnées d'hyperostoses manifestes.

Ces points douloureux surviennent à toutes les périodes de la maladie; mais ils ont malheureusement une fâcheuse tendance à s'éterniser, même quand la période aiguë est passée. Ils surviennent brusquement sur un ou plusieurs points du squelette, s'accompagnent d'une légère poussée

fébrile, d'un saut thermique, bien connus dans la courbe oscillatoire de la maladie, et durant plusieurs jours, rarement huit, quelquefois plus de quinze, pour disparaître peu à peu. Ils se reproduisent ensuite, au bout de quelques jours, sur les mêmes points ou sur d'autres. Ces douleurs osseuses sont quelquefois tellement tenaces pendant la période aiguë de la maladie, qu'elles peuvent durer plusieurs mois, immobilisant le malade au lit.

On peut les considérer comme de petits foyers d'ostéite infectieuse qui n'ont pas tendance à suppurer. Ils s'accompagnent parfois d'une véritable arthrite, ou, par le voisinage de l'articulation, ils réalisent une périarthrite.

Dans le premier cas, il existe de l'hydrarthrose, surtout décelable au genou, fugace, souvent double, mais pouvant se fixer pendant un certain temps au niveau de l'articulation.

Dans le deuxième cas, l'ostéite localisée aux masses tubérolaires qui avoisinent l'articulation, crée une périarthrite avec douleur, gêne de l'articulation, empâtement diffus quelquefois très tenace.

Ces arthrites et ces périarthrites infectieuses, coïncidant avec des poussées thermiques, disparaissent, pour réapparaître à plusieurs reprises dans le cours de la maladie, suivant la marche oscillatoire de l'infection.

Leur traitement symptomatique le plus efficace semble être les pansements humides sous forme de grands bains chauds. Quant à leur immobilisation dans de grands appareils quelconques, leur effet est souvent illusoire, car rien que l'attouchement de l'ouate suffit pour rendre l'appareil insupportable.

Les Ostéites suppurées

L'existence des ostéites suppurées semble à peu près certaine, à la suite de la publication d'un certain nombre d'observations.

Expérimentalement, la possibilité de lésions osseuses avec abcès ossifluents semble prouvée. BURNET rapporte que chez le cobaye infecté par le micrococcus melitensis, les complications chirurgicales sont très fréquentes. On observe de graves arthrites, en particulier du genou et du carpe et, lorsqu'on fait le bilan des lésions, on remarque que l'arthrite du genou s'accompagne souvent de véritables ostéomyélites du fémur et du tibia.

Presque aussi fréquents sont des points d'ostéite et des abcès localisés sur le sternum, surtout à la face postérieure et sur les articulations chondro-costales. On retrouve dans le pus le micrococcus melitensis, sauf dans quelques cas très anciens, où le pus s'est stérilisé à la longue. Ces abcès expérimentaux, consécutifs à l'ostéite, présentant les mêmes caractères que ceux qui ont été décrits chez l'homme.

Il y a déjà longtemps que ces complications, qui surviennent le plus souvent à la fin de la maladie et au cours de la convalescence, ont été signalées, Mais bien peu nombreuses sont les observations où la nature de la lésion a été

prouvée par l'examen bactériologique. Pour les arthrites, les traités mentionnent deux cas de GILMOUR et de KENEDY, où le micrococcus melitensis a été décélé dans le liquide articulaire. Nous avons retrouvé d'eux d'ANTONINI et COULON.

Pour ce qui est de l'orchite, cinq observations ont été recueillies par LOMBARD et BEGUET. Dans un seul de ces cas, celui que ces deux auteurs ont étudié personnellement, la présence du melitensis dans le pus a été démontré par la culture.

Quant à l'ostéite, BRAULT, dans un cas de fièvre méditerranéenne, où le malade a succombé, a signalé de l'ostéopériostite du fémur et du tibia et une ostéite suppurée du crâne. Nous avons déjà fait la critique de cette observation.

Les intéressantes observations de CANTALOUBE et de CAZENEUVE manquent également de preuves bactériologiques; mais BRUN et BRUNET ont apporté la première démonstration de la spécificité de la périostite ou l'ostéopériostite dans les affections à melitensis chez l'homme.

Dans cette observation, six semaines après une fièvre de Malte, la malade s'aperçoit de l'existence d'une petite tumeur située au niveau du bord gauche du sternum. Deux mois après une évolution torpide, cette tumeur est incisée. Au moment de l'intervention, du pus est prélevé aseptiquement. Sur les tubes de géloseensemencés, apparaissent, le quatrième jour, en culture pure, de très nombreuses colonies d'un microbe qui a tous les caractères du micrococcus mélitensis et qui est agglutiné rapidement à 1/300^e par un sérum anti-mélitococcique.

Le microbe n'était pas agglutiné à 1/50^e par le propre sérum de la malade, qui n'agglutinait pas davantage un autre sérum du laboratoire, cependant reconnu comme bien agglutinable.

Huit jours après l'opération, on fait une intra-dermo-réaction avec du filtrat de bouillon de culture de melitensis. La malade réagit très violemment. La température s'élève à 39°, avec apparition d'œdème et de rougeur du bras.

Cette observation nous semble probante, et parfaitement étudiée. Elle autorise donc à rapprocher de l'origine méli-tococcique certaines suppurations osseuses, telles que celle que nous avons eu l'occasion d'observer.

Ces ostéites suppurées ne sont pas sans analogies en pathologie. Elles sont comparables, d'une part, aux ostéites suppurées que l'on a, depuis bien longtemps, signalées chez les typhoïdiques; d'autre part, aux abcès froids tuberculeux.

Leur *aspect clinique*, d'après les observations que nous avons parcourues, et la nôtre, l'allure de ces suppurations, l'aspect des plaies, font souvent penser à un abcès froid. Du reste, BRUNET signale que les abcès costaux et sternaux, et les abcès ganglionnaires des cobayes infectés expérimentalement par le melitensis, ont un aspect et une allure d'abcès froids. L'animal les tolère pendant un temps très long, sans altération apparente de l'état général. Chez la chèvre infectée, également, on a signalé des abcès de la mamelle qui n'étaient accompagnés d'aucun symptôme morbide, même pas de suppression de la sécrétion lactée, ni d'élévation de la température.

Du fait de ces abcès, la fièvre méditerranéenne prend place parmi les infections chroniques où le pus conserve et dissémine le microbe.

Elle est à rapprocher d'une manière frappante de l'ostéite typhoïdique qui frappe de préférence les os longs, les côtes et le sternum, et où la forme fébrile est également beaucoup plus rare que la forme froide, apyrétique.

Nous avons trouvé dans la littérature un certain nombre d'ostéites costales ou sternales qui ont été publiées, notamment celles de PHOCAS, PIERI, BRUN et BRUNET, CAPPELINI, GARDNER, GIRDLESTONE et GILLEPSIE, NATTAN LARRIER, et la nôtre.

Chapitre III

Spondylites

Une des localisations les plus fréquentes, et qui a été le plus étudiée, est la *spondylite mélitococcique*. Son intérêt est évident, car ces localisations sont quelquefois difficiles à différencier de celles de la tuberculose vertébrale. Dans certains cas même, les auteurs ont hésité à porter des diagnostics : on a parlé de Mal de Pott au cours de la mélicoccie.

Ces observations, reprises par d'autres, ont été depuis étiquetées spondylites à mélitocoques. Elles ont posé finalement le problème de l'association de la tuberculose et de la fièvre de Malte, celle-ci jouant un rôle d'appel pour l'infection tuberculeuse.

ETIOLOGIE

Dans l'évolution de la fièvre de Malte, c'est en général à la troisième onde de la maladie ou à la fin de l'évolution

que se manifestent les lombalgies, traduisant l'atteinte vertébrale. Dans son étude sur les spondylites à mélitocoques, MARTIN ne signale qu'un cas où la lombalgie semble avoir été le premier symptôme de la maladie, le malade étant venu consulter pour un lumbago.

Presque toujours, également, la localisation lombaire n'est pas isolée. Il y a d'autres manifestations douloureuses localisées à diverses articulations, qui ont témoigné leurs souffrances soit quelque temps avant, soit dans le même moment.

Certains auteurs ont prétendu que la localisation vertébrale était favorisée par les antécédents pathologiques. MARTIN signale l'éthylisme, le paludisme..., qui diminuent la résistance de l'organisme et prédisposent aux formes graves.

Ces considérations nous semblent dénuées d'intérêt. CANTALOUBE a remarqué l'influence du surmenage sur la mélitococcie. Il nous semble que ces facteurs ne doivent pas avoir grande influence sur la localisation, étant donné que la plus grande partie des manifestations articulaires sont survenues au cours de formes frustes, quelquefois même uniquement sérologiques.

MARTIN insiste sur le fait que, dans cinq cas, il s'agissait de paysans cultivateurs, qui ont l'habitude de se pencher. Mais comme la mélitococcie frappe surtout les gens de campagne, cette fréquence ne nous semble rien moins que naturelle.

Plus intéressante nous semble être l'influence de l'âge, car tous les malades ont dépassé quarante-cinq ans, et l'on sait qu'à partir de cet âge, si l'on examine les radiogra-

phies vertébrales, on rencontre avec une très grande fréquence des lésions de rhumatisme chronique dont l'origine est quelquefois bien difficile à déterminer.

Les spondylites se rencontrent plus fréquemment chez l'homme (CANTALOUBE, MARTIN). Cette influence du sexe est intéressante à signaler, car le rhumatisme chronique est nettement plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

ETUDE CLINIQUE

La lombarthrie mélitococcique est relativement fréquente, puisque CANTALOUBE en signale 18 cas sur 151.

L'atteinte du rachis lombaire est plus fréquente que les autres localisations.

Les premières manifestations de l'atteinte articulaire sont signalées par l'apparition de douleurs, quelquefois précédées de douleurs fugaces dans les autres articulations. Elles s'installent insidieusement, et se traduisent par une gêne, une courbature, accentuée par les mouvements de flexion et d'extension ; puis la douleur s'accroît, le malade se figure avoir été battu, la marche devient bientôt impossible.

Le malade se traîne courbé en deux, se déplace en s'appuyant sur les objets avoisinants, de peur de produire des mouvements vertébraux extrêmement douloureux. Il se produit une véritable contracture, une rigidité antalgique de toute la colonne vertébrale.

Le malade se plaint de la région lombaire ; il localise d'ailleurs, quelquefois, mal sa douleur ; il la dit cependant très intense et s'irradiant dans différentes directions, les membres inférieurs, les cuisses, le long du sciatique, etc.

L'examen du malade montre tout de suite cette rigidité rachidienne qui n'a pas besoin, du reste, d'être recherchée comme dans le mal de Pott ; la contracture des muscles des gouttières vertébrales apparaît à la vue ; l'ensellure disparaît. Il n'y a jamais de gibbosité.

La recherche des points douloureux n'amène en général pas de localisation très précise du siège de la lésion. On a beau percuter les apophyses épineuses, ou percuter très légèrement la tête du sujet, les douleurs sont augmentées un peu, mais légèrement, et le malade est incapable de les situer avec exactitude.

L'examen du système nerveux permet de constater, dans certains cas, des lésions de l'axe spinal.

Les douleurs en ceinture, avec irradiations, traduisent l'atteinte funiculaire. Elles sont augmentées par la flexion du rachis. La pression des points de VALLEIX réveille la douleur ; le signe de LASEGUE est positif dans de nombreux cas. On ne relève pas de troubles de la sensibilité profonde et superficielle.

L'atteinte de la motricité est très variable. On a signalé des déficits moteurs pouvant aller jusqu'à la paraplégie. Nous avons retrouvé une observation de RANZIER, en 1910, une observation de ROGER, en 1925, intitulées : Mal de Pott avec paraplégie et mélitococcie.

Ces observations nous ont semblée très discutables quant

aux rapports de la paraplégie et de la mélitococcie. Le mal de Pott a semblé plus vraisemblable à ROGER et à EUZIÈRE, qui ont examiné le malade. En effet, la mélitococcie a été basée seulement sur un séro-diagnostisc positif. Il nous semble qu'il est légitime, pour le moins, de n'admettre la création d'une nouvelle entité morbide qui est la paraplégie due au mélitocoque, qu'avec l'appui d'une hémoculture positive. En effet, les troubles nerveux observés dans les formes véridiques de mélitococcie ne sont d'ordinaire que très légers, très fugaces, et demandent à être recherchés avec soin.

Il est, en effet, de règle que les signes moteurs et les modifications des réflexes soient excessivement discrets. Les malades se plaignent quelquefois d'une légère diminution de la force des membres inférieurs ; mais ce n'est jamais celle-ci qui est la cause de l'impotence qui relève, beaucoup plus souvent, de la douleur. On constate cependant fréquemment un léger déficit pyradimal ; les réflexes rotuliens sont vifs, quelquefois polycinétiques. Les réflexes achilléens sont quelquefois diminués, mais le plus souvent, vifs. Cependant, il n'y a presque jamais de signe de Babinski.

L'examen du liquide céphalo-rachidien a été fait dans quelques observations. Il est le plus souvent clair, sans hypertension, normal. Quelquefois, on constate une légère albuminose avec légère lymphocytose.

Les lésions radiologiques sont également très discrètes. On a signalé des disques restés clairs, mais diminués de hauteur ; on peut expliquer cette image par la contracture antalgique. ROGER a noté, dans un cas, la présence de

« becs de perroquet », mais qui étaient imputables à des lésions anciennes de rhumatisme chronique, complètement indépendantes de la fièvre de Malte.

DIAGNOSTIC

Le problème diagnostique ne se pose pratiquement pas, lorsque l'affection survient au cours d'une mélitococcie confirmée. Il n'en est pas de même lorsque la fièvre de Malte n'a pas été reconnue, ou lorsque la spondylite se présente comme une affection primitive.

Dans le cours d'une fièvre de Malte, il n'y a quelquefois des difficultés que pour différencier des douleurs plus ou moins fugaces, ou pour localiser quelquefois, avec précision, l'arthrite. En particulier, l'arthrite sacro-iliaque peut être confondue avec la spondylite à mélitocoque.

On voit aussi au cours de la mélitococcie, des complications méningo-médullaires qui déterminent des troubles douloureux, sans qu'il y ait atteinte des articulations. Les algies cervicales sont particulièrement fréquentes.

Si le diagnostic de la mélitococcie causale n'a pas été fait, il est quelquefois beaucoup plus difficile de rattacher les troubles observés au niveau du rachis, à une atteinte des « brucellae ». Nous n'insisterons pas sur les caractères qui permettront de différencier le rhumatisme articulaire aigu, des arthrites de la fièvre ondulante. De même, les différents rhumatismes : infectieux, blennorragique, etc., ont des caractères classiques, que nous ne rappellerons pas.

Signalons, cependant, que certaines ostéomyélites, quelquefois larvées, du rachis lombaire, en particulier, se rapprochent assez de la spondylite mélitococcique. Mais ces arthrites à staphylocoques sont l'apanage des jeunes, alors que la spondylite mélitococcique se voit surtout vers l'âge de quarante-cinq à cinquante ans.

De plus, ces ostéites à germes banaux suppurent plus facilement que celles de la fièvre méditerranéenne.

Ces spondylites rappellent également par ces caractères celles de la fièvre typhoïde. La spondylite typhoïque est celle qui se rapproche le plus de la spondylite mélitococcique. Elle se produit souvent pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, et même quelquefois plus d'un an après la guérison. L'évolution se fait souvent sans élévation de la température, et la radiographie montre, en général, des lésions radiologiques plus considérables que dans la fièvre de Malte.

Au contraire, dans les mélitococcies, il est de règle que les radiographies ne montrent qu'une diminution de hauteur d'un ou plusieurs disques intervertébraux, un éclaircissement léger du corps vertébral, même aucune lésion appréciable.

C'est pour ces raisons que nous suspectons, *à priori*, les observations qui ont été étiquetées spondylites mélitococciques, et où les lésions radiographiques ressemblaient étrangement à celles du mal de Pott, avec effondrement vertébral, signes neurologiques, etc.

Evidemment, la présence d'abcès froids, l'existence d'une gibbosité progressive, la longueur de l'évolution, tranchent aisément le diagnostic,

Cependant, on a publié récemment un certain nombre d'observations intitulées : *Mal de Pott*, au cours de mélitococcies, ou même spondylites mélitococciques à forme potitique. Que faut-il penser de ces cas ?

Disons d'abord tout de suite que la présence d'une mélitococcie reconnue ne suffit pas pour écarter l'hypothèse de *Mal de Pott*. En effet, comme l'a bien montré OLMER, la mélitococcie est une maladie anergisante ; la cuti-réaction à la tuberculine disparaît chez les mélitococciques, et l'on a rencontré des localisations tuberculeuses des sommets au cours de la fièvre de Malte. Il semble bien que la mélitococcie fasse le lit à la tuberculose, et SALAN a présenté, en 1931, une thèse qui étudie les rapports entre la fièvre ondulante et la tuberculose, principalement les pseudo-tuberculoses pulmonaires mélitococciques.

Aussi, trouvons-nous un certain nombre d'observations intitulées : tuberculose et mélitococcie ; en particulier celle de ROGER, où l'auteur déclare les deux affections associées. Cet auteur a, du reste, été prudent dans l'interprétation. Il s'agissait d'un malade vu par un autre médecin, qui avait intitulé l'observation : spondylite mélitococcique.

En raison de l'effondrement vertébral et de l'évolution grave, ROGER a cru devoir ne pas admettre le diagnostic et l'intituler *Mal de Pott* au cours de mélitococcie. Nous remarquons qu'il s'agissait d'un malade qui présentait une paraplégie par compression, des lésions osseuses considérables, fuseaux radiologiques, de la fièvre et une congestion pulmonaire droite avec hémoptysie. L'évolution se fit en deux ans et demi. Il nous semble dans cette observation, ce qu'il y a de certain, c'est d'abord la tuberculose du sujet, car la mélitococcie n'est affirmée dans l'observation que

par un séro-diagnostic positif ; les signes cliniques observés pouvant être rattachés à la tuberculose, selon toute vraisemblance.

D'ailleurs, ROGER remarque lui-même dans son observation, que l'aspect des lésions et l'évolution sont tout à fait anormales pour une spondylite à mélitocoques, et que les nombreux cas qu'il a observés se sont toujours présentés avec des symptômes beaucoup plus frustes et ont guéri plus rapidement.

Certains auteurs, peut-être, croyons-nous, moins prudents, RIMBAUD et LAMARQUE, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en 1933, ont rapporté une observation intitulée cette fois, « Mal de Pott Mélitococcique ». Ils parlent incidemment de l'observation de ROGER, et reprochent presque à l'auteur de n'avoir pas été plus affirmatif sur l'existence d'une spondylite mélitococcique.

Dans leur observation de spondylite, où il existe des lésions osseuses assez considérables, l'affection s'est développée à la suite d'une période fébrile, avec séro-diagnostic positif d'abord à 1/200^e, et ensuite à 1/80^e. La malade a été suivie pendant quelques semaines.

Les lésions radiologiques ressemblent étrangement à celles du mal de Pott : pincement vertébral très accentué. Ils éliminent la tuberculose en notant l'absence de décalcification et l'aspect déjà ancien des lésions, l'existence de becs de perroquet. Il est facile de remarquer que le malade étant âgé de quarante-huit ans, les lésions de spondylite ancienne soient excessivement banales.

Quant à l'aspect radiologique de lésions aussi avancées,

après cinq mois d'évolution, dont semblent s'étonner les auteurs, c'est un fait bien connu, car il y a déjà bien longtemps que MÉNARD a montré qu'il est quelquefois bien difficile d'apprécier l'âge d'un mal de Pott, les malades venant souvent consulter pour la première fois alors que les lésions traduisent une évolution datant d'un an et demi ou deux ans.

Alors que le mal de Pott n'est pas du tout franchement éliminé, la mélitococcie n'est peut-être pas absolument certaine. Elle est basée sur l'existence d'une fièvre indéterminée avec séro-diagnostic faiblement positif. Sans nier, cependant, la vraisemblance, et même la probabilité de la mélitococcie, nous voudrions la voir confirmée par la culture du germe dans les observations qui tendent à créer des entités pathologiques nouvelles, que des esprits crédules acceptent et tendront à trouver par la suite d'une manière inconsidérée.

Nous voyons donc qu'il faut être très prudent dans l'interprétation de ces observations.

Cependant, d'autres auteurs, GUIBAL, très récemment, dans la *Presse Médicale* de 1934, ont apporté des observations étudiées de plus près. Dans l'observation de GUIBAL, à la suite d'une fièvre de Malte, le malade présente une spondylite avec effondrement vertébral, et des abcès d'allure tiède, qui furent incisés. A la suite de ces incisions, le malade guérit rapidement. Dans le cas particulier, GUIBAL, d'après l'évolution favorable et rapide de la maladie, l'aspect des radiographies, montrant des lésions constructives évidentes, et les caractères des abcès, affirme le diagnostic de spondylite.

L'observation récente, publiée par MM. BOTREAU-ROUSSEL et HUARD, à la *Société de Chirurgie*, en 1931, est à ce point de vue, bien étudiée. Elle a trait à une spondylite, avec arthrite sacro-iliaque, ayant déterminé des abcès froids bilatéraux simulant des abcès froids ossifluents. Dans le cas particulier, il est encore regrettable que les auteurs n'aient pas pu apporter la preuve cruciale, c'est-à-dire le germe; leur tentative ayant été vaine quant à la recherche du germe dans le sang et les urines. Cependant, les preuves indirectes apportées par ces auteurs et tirées de signes cliniques, du séro-diagnostic, de l'intra-dermo-réaction et de la guérison rapide et complète après le traitement spécifique, semblent entraîner la conviction. L'inoculation du pus prélevé dans les abcès, au cobaye, n'a pas déterminé de tuberculisation, après une surveillance de trois mois.

On signale encore les observations de TROTTEA, CANTIERI, SERRO, qui auraient vu des spondylites mélitococciques avec abcès ossifluents.

Celles qui semblent les plus probantes sont celles de GILLOT, JOBARD, et surtout BRUN et BRUNET.

En effet, dans le cas particulier, il s'agissait, sans aucun doute, d'un sujet qui avait eu la fièvre de Malte; l'intra-dermo-réaction et l'hémoculture en faisant foi. Notons, en passant, que le séro-diagnostic était négatif.

Les observations de ce genre, cependant, ont été très rares jusqu'à présent. Nous croyons que c'est à la suite d'études nouvelles et précises que l'on pourra juger définitivement des formes graves de la spondylite à mélitocoque.

PRONOSTIC

Si le pronostic des arthrites à mélitocoque est, le plus souvent, bénin, la spondylite, cependant, guérit plus lentement. Elle débute insidieusement au décours de la mélitococcie et condamne le malade à une impotence presque complète pendant plusieurs mois.

Sans insister sur les formes graves qui sont encore à l'étude, on peut dire, cependant, que le pronostic vital est très bon, même dans les formes très sérieuses, et que la guérison a toujours été enregistrée. Les signes nerveux disparaissent les premiers; les douleurs diminuent; le malade se lève, marche, mais la rigidité persiste souvent plus longtemps. On peut la mettre en évidence en faisant exécuter au malade des mouvements d'hyper-extension ou de flexion. Ils restent souvent limités au niveau de la région lombaire.

PATHOGENIE

Les troubles observés dans les formes graves avec dégâts osseux s'expliquent aisément. Par contre, on a longuement discuté la pathogénie des phénomènes douloureux de la fièvre de Malte.

PHOCAS les attribue surtout à de petits foyers d'ostéite localisés au niveau des insertions tendino-musculaires. ZESAS estime que dans les formes où les foyers osseux ne

sont pas décelables, il s'agit vraisemblablement de synovite primitive, bien plus fréquente que les ostéoarthropathies. Il remarque, en effet, la tendance du germe à se porter sur les séreuses, d'où la fréquence des bursites, téno-synovites, pleurésies, péritonites.

Récemment, du reste, ANTONINI et COULON ont retrouvé la « *Brucella Melitensis* » dans un liquide d'hydarthrose. Déjà, en 1912, GILMOUR et KENEDY avaient trouvé le micrococcus dans le liquide séreux, retiré par ponction articulaire et, en 1922, BURNET, expérimentalement, a obtenu des cultures facilement par prélèvement de sérosité dans les articulations.

Au cours de la synovite, il semble que le processus soit complexe: petits foyers sous-périostés décelables par la douleur à la pression, invisibles à la radiographie, phénomènes surtout congestifs et transparents aux rayons X.

L'arthrite se caractérise par des contractures musculaires suivant la loi bien connue en pathologie qui veut que toute articulation douloureuse s'immobilise en attitude antalgique, grâce à l'hypertonie et au blocage des muscles voisins. On comprend fort bien, par la suite, que les racines soient comprimées au niveau des trous de conjugaison, et produisent une aggravation des algies au cours des inflexions rachidiennes, entraînant même, dans certains cas, par gêne de la circulation céphalo-rachidienne, un certain degré de dissociation albumino-cytologique.

On note assez souvent, dans les observations, des phénomènes d'irritation pyramidale, quelquefois même assez considérables. Ces signes ont été constatés aussi dans la spondylite typhique, et BARRE a insisté sur leur présence

dans le rhumatisme chronique. Dans certains cas graves, on peut se demander s'il y a eu atteinte de la moelle. En réalité, la régression rapide de ces signes fait plutôt penser à une irritation de voisinage.

TRAITEMENT

Nous rappellerons ici les directives thérapeutiques qui doivent être suivies spécialement au cours de la spondylite, nous réservant, dans un chapitre ultérieur, d'indiquer les moyens qui doivent être employés contre les arthrites méliococciques en général.

En face d'un syndrome aussi douloureux que la spondylite, un traitement symptomatique s'impose. Les analgésiques ordinaires, aspirine, antipyrine, etc., sont en général inefficaces. Il est indiqué, dans les cas très douloureux, d'immobiliser le malade dans le décubitus dorsal. La révulsion locale a été pratiquée sous forme d'héliothérapie. MARTIN a obtenu de bons résultats par l'injection de lipiodol intra-musculaire. La radiothérapie, la médication sédatrice par les rayons ultra-violet, la diathermie, par ondes courtes en particulier, peuvent trouver ici leurs indications, analogues à celles des lombarthries d'autre origine.

Nous insisterons, par ailleurs, sur les indications et le mode d'emploi des médications spécifiques.

Complications Crâniennes

Alors que les localisations vertébrales de la mélitococcie sont très fréquentes, les localisations crâniennes sont exceptionnelles. Nous n'avons guère trouvé que l'observation de BRAULT, et encore très discutable:

Une malade présente une ostéite du fémur et du tibia gauche qui paraît guérir sans suppuration (l'autopsie révélera plus tard une périostite non suppurée).

Le séro-diagnostic est positif au 1/50^e seulement:

Puis, surviennent des localisations successives de la tempe, du vertex, d'une mastoïde. Quelques-unes suppurent. Ponctionnées et ouvertes, elles donnent issue à un pus épais, visqueux, stérile, ou contenant une fois des staphylocoques. Une méningite à réaction polynucléaire aseptique emporte la malade.

A l'autopsie, on trouve une ostéite diffuse et superficielle des pariétaux et du frontal, aussi bien de la table interne que de la table externe, un peu vermoulue, et pachyménin-gite externe avec pus séreux, correspondant au foyer d'ostéite. Thrombo-phlébite suppurée du sinus latéral droit.

Dans ce cas curieux, la mélitococcie ne peut être affirmée, car on n'a jamais pu isoler le *melitensis* ni dans le

sang, ni dans le pus. Dans ce dernier, on n'a trouvé qu'une fois du staphylocoque attribué à une impureté; mais la constatation de ce germe rend probable, dans ce cas, l'existence d'une ostéite diffuse du crâne d'origine staphylococcique banale.

Chapitre IV

Diagnostic

Nous ne nous étendrons pas longuement sur le diagnostic des formes articulaires ou osseuses de la mélitococcie. En effet, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, ces lésions ne présentent pas, le plus souvent, de caractères spécifiques qui permettent de les différencier cliniquement des manifestations articulaires relevant d'autres infections: fièvre typhoïde et tuberculose, par exemple. Cependant, c'est surtout par l'évolution qu'on les distinguera des localisations ostéo-articulaires de la tuberculose.

Il est cependant essentiel de rappeler, à ce propos, qu'il peut y avoir coexistence de ces deux affections, mélitococcie et tuberculose, ou bien évolution de tuberculose à la suite de fièvre de Malte. Nous étudierons, plus loin, du reste, les différences des deux conceptions, telles qu'on peut les admettre à l'heure actuelle.

Le véritable point de vue diagnostic consiste essentiellement à rapporter à la fièvre de Malte certaines manifes-

tations ostéo-articulaires qui n'ont pas fait leur preuve. En effet, si au cours d'une mélitococcie caractérisée, il est facile de rattacher à l'infection méditerranéenne les douleurs ou les suppurations qui peuvent apparaître, au cours de la pyrexie, il est par contre beaucoup plus délicat d'étiqueter certaines manifestations ostéo-articulaires qui semblent primitives, ou qui sont accompagnées de périodes fébriles discrètes, quelquefois même à peine remarquées du malade.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité absolue qu'il y a de rechercher les antécédents du malade, et de rassembler les moindres détails indiquant la présence d'une fièvre indéterminée ou une contagion possible.

Chez le malade observé dans le service de M. le Professeur HAMANT, nous avons été frappés de ce fait que le malade, présentant une suppuration costale, avait eu, quelques mois auparavant, une fièvre de longue durée, étiquetée fièvre typhoïde par le médecin. Mais ce malade, âgé de vingt-trois ans, avait fait son service militaire, et avait été vacciné contre la typhoïde deux ans auparavant. Cette maladie fébrile, à allure grave, était en contradiction avec la certitude de la vaccination du sujet, et c'est cette discordance qui nous incita chez lui à supposer l'existence d'une fièvre de Malte, et à pratiquer les épreuves de laboratoire nécessaires.

Nous insisterons encore sur le fait suivant:

Si, dans les régions voisines de la côte méditerranéenne, les médecins pensent systématiquement à la fièvre de Malte,

dans nos régions, l'éveil des praticiens commence seulement.

Ils sont, du reste, aidés dans leur tâche: à l'Institut d'Hygiène et de Bactériologie de Nancy, sous la direction du Professeur J. PARISOT et de ses collaborateurs, il a été créé un centre d'étude très actif sur les Brucelloses. Les médecins peuvent y trouver de précieux conseils quant à la vérification de leur diagnostic par tous les procédés de laboratoire employés, ainsi que des facilités pour coordonner leurs enquêtes épidémiologiques.

Il existe, en effet, dans la région, des foyers de contagion, surtout par *Brucella* d'origine ovine et bovine.

A titre d'exemple, et pour inciter les médecins à avoir toujours présente à l'esprit la possibilité d'une ostéo-arthrite à mélitocoque, nous avons eu connaissance, récemment, de l'erreur de diagnostic suivante:

Un malade, porteur d'une ostéo-arthrite subaiguë, vient se présenter à une consultation faite par un médecin très compétent, qui porte le diagnostic de tumeur blanche au début, et effectue la pose d'un appareil plâtré. Ce malade, sur le conseil de son médecin, va se reposer dans le Midi, où un médecin plus habitué pense immédiatement à une arthrite mélitococcique. L'hémoculture et le séro-diagnostic sont positifs. Il fait enlever l'appareil plâtré, préconise un traitement spécifique, et le malade guérit très rapidement.

Si donc l'examen clinique peut déjà éveiller les soupçons, c'est aux méthodes de laboratoire qu'appartient d'assurer le diagnostic.

Nous avons à notre disposition, à l'heure actuelle, trois procédés de laboratoire d'inégale valeur :

1° LA CULTURE constitue sûrement le moyen le plus précis et le plus sûr de diagnostic. Il permet de mettre en évidence le *micrococcus melitensis*, ou *abortus*, dans les humeurs.

On a isolé le *micrococcus* dans le lait des animaux, chez la chèvre. Chez l'homme, on a pratiqué quelquefois la ponction de la rate. On a pratiqué également l'uroculture. Nous avons signalé aussi qu'on a pu isoler le germe dans certains liquides d'arthrite, ou du pus d'abcès.

Mais c'est surtout par l'hémoculture que le diagnostic direct de la mélitococcie doit être porté.

Dans la fièvre de Malte, l'hémoculture est positive dès le début de la période fébrile, ou les périodes fébriles, tant que la température se maintient au-dessus de 38°.

Malheureusement, à certaines périodes de la maladie, l'infection sanguine n'est pas massive, mais discrète. La quantité de sang soumise à la culture peut, suivant son importance, contenir ou ne pas contenir de germes. D'où divergences.

La valeur de l'hémoculture, quand elle est positive, est absolue. Elle est, bactériologiquement, le procédé de choix auquel nul autre ne peut être comparé, pour la certitude qu'il confère. Malheureusement, comme nous l'avons vu, de nombreux cas peuvent échapper à ce diagnostic direct, soit pour des raisons de technique, soit pour des raisons tenant aux conditions plus ou moins favorables à la culture, au décours de la maladie.

Pratiquement, l'hémoculture est encore passible de deux reproches : le premier, c'est sa complication relative qui la rend possible dans une grande ville, mais difficile à pratiquer à la campagne, où l'affection sévit pourtant presque exclusivement. Le second, c'est la longueur des délais que nécessite sa réponse. Il faut en moyenne quatre à cinq jours avant qu'une culture se développe en bouillon. Il faut ensuite quarante-huit heures à trois jours pour avoir une culture en milieu solide qui puisse être soumise à l'épreuve de l'agglutination croisée. C'est donc au minimum une semaine que demande la diagnostic direct de la mélitococcie.

2° MÉTHODES INDIRECTES: les méthodes indirectes sont d'une réalisation plus facile. Elles ne présentent cependant pas la valeur absolue de l'hémoculture.

Les plus employées sont le séro-diagnostic de WRIGHT et l'intra-dermo-réaction de BURNET.

Le séro-diagnostic de la mélitococcie est basé sur le même principe, effectué de la même façon que le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde ; il a été découvert par WRIGHT en 1897. D'abord considéré comme d'une valeur absolue dans la fièvre de Malte, il a été très discuté dans la suite, dit RAMOND, et presque regardé comme infidèle et trompeur.

Suivant la règle, c'est entre ces deux opinions extrêmes que se trouve la vérité. Le séro-diagnostic de WRIGHT de la mélitococcie a réellement une valeur, mais à condition

qu'on prenne certaines précautions de technique, indiquées par NICOLLE, NÈGRE et RAYNAUD :

1° Qu'on chauffe le sérum à 56° au bain-marie pendant une demi-heure;

2° Qu'on se serve d'une émulsion microbienne réunissant plusieurs souches de *micrococcus melitensis* dont l'agglutinabilité a été vérifiée avec un sérum expérimental;

3° Qu'on ne recherche que l'agglutination macroscopique;

4° Qu'on ne tienne compte que d'une agglutination d'un taux supérieur à 1/200°; car, d'après RANQUE et SENEZ, au-dessous de ce taux, il peut y avoir présomption de la mélitococcie, mais non pas certitude.

Il semble, d'après les derniers travaux, en particulier ceux de RANQUE et SENEZ, que les résultats donnés par la réaction de WRIGHT soient sûrs. LISBONNE n'aurait jamais constaté d'agglutination à des taux dépassant 1/30° en dehors de la fièvre de Malte.

Dans différents syndromes infectieux autres que la mélitococcie, les résultats donnés par la réaction de WRIGHT ont toujours été pratiquement négatifs, disent RANQUE et SENEZ. Ils estiment que les conditions différentes de techniques peuvent seules expliquer que NÈGRE et RAYNAUD aient obtenu 60 % de réactions positives banales au taux de 1/50°, ANGLADE, 78 %, jusqu'au taux de 1/80°. Toutefois, ces auteurs n'ont pas signalé d'agglutinations au 1/200°, et au-dessus.

Nous ferons cependant remarquer encore que, sur un certain nombre d'auteurs, en particulier KRISTENSEN, ont in-

sisté, au Congrès de Pathologie comparée, sur le rôle des porteurs de germes, dont beaucoup peuvent sembler en excellente santé, et chez lesquels la séro-agglutination de WRIGHT a été trouvée positive pour *Brucella*. KAMACTA, de Prague, a trouvé que 25 % des sérums de femmes provenant de pays contaminés agglutinaient le bacillus abortus. En Suède, 10 % des sérums de sujets sains agglutinent ce même germe (ALIN). 30 % des vétérinaires, bergers, garçons de ferme, en apparence bien portants, agglutinent ou donnent des réactions de fixation du complément positives (AXEL, THOMSEN). Ces faits sont confirmés pour leurs pays, où règne l'endémie à bacillus abortus sur les bovidés, par HUDDERSON, JOHNSON, LENTZE.

Dans la région méridionale, où sévit *Brucella melitensis*, DUBOIS et SOLIER ont pratiqué l'intra-dermo-réaction à la mélitine sur des sujets sains, exposés au contact des troupeaux. Ils ont trouvé :

Sur les bergers: 83 % de réactions positives;

Sur les vétérinaires: 40 % de réactions positives;

Sur les ouvriers de ferme: 10 % de réactions positives.

Ces données nous semblent devoir éclairer l'origine d'erreurs possibles, en raison de l'extension de l'infection, tant par *brucella melitensis* que par le bacille de Bang. En effet, si on observe une arthrite isolée, un abcès intra-osseux, chez un individu porteur d'une réaction de WRIGHT positive, cette réaction ne sera pas obligatoirement la signature de l'origine de l'affection, s'il s'agit surtout d'un individu de la campagne fréquentant les troupeaux infectés. Il pourra, en effet, fort bien présenter une réaction d'immunité, en même temps qu'il y aura coexistence, chez

lui, d'une infection surajoutée, tuberculeuse par exemple. Ceci prouve simplement que ces réactions sont une aide pour le médecin, mais ne devront jamais entraîner obligatoirement la conviction, devant un examen clinique contradictoire.

Nous croyons, ici, comme dans toutes les affections, que la clinique conserve toute sa valeur.

Deux points sur lesquels nous insisterons encore brièvement, à propos de la séro-réaction: d'une part, la co-agglutination du bacille d'Eberth par le sérum mélitococcique. Ce phénomène, disent RANQUE et SENEZ, a pu être observé d'une façon certaine; mais ces auteurs n'ont jamais noté la co-agglutination inverse du micrococcus melitensis par le sérum des typhoïdiques, ce qui fait, disent-ils, que si la question de spécificité devait être posée pour les réactions de WRIGHT et de WIDAL, ce n'est pas la première, mais bien la seconde de ces réactions dont la spécificité se trouverait en défaut.

On a reproché, d'autre part, à la réaction de WRIGHT d'être souvent positive au cours des différentes manifestations de la tuberculose, et plus particulièrement des formes hectiques. ORITIEN, à Malte, aurait obtenu, autrefois, quatorze réactions positives avec quatorze sérums tuberculeux. Mais ces agglutinations ne furent recherchées qu'au seul taux, très insuffisant, de 1/10° et de 1/20°. En outre, ces tuberculeux se trouvaient à Malte, dans un milieu très contaminé par le melitensis, et les deux affections auraient pu être associées. GILLOT a signalé des associations de ce genre. RANQUE et SENEZ en ont observé deux cas, dont un indiscutable, puisque l'hémoculture fut positive pour le

mélitensis, et que l'examen des crachats révéla le bacille de Koch. Cependant, les travaux de GARDON BIRT et LAMB, SMITH, NICOLLE et EVANGELISTA, ROGER, ont montré que le sang des tuberculeux n'agglutine pas le melitensis. RANQUE et SENEZ ont prélevé des sérums chez dix-neuf tuberculeux hectiques, et n'ont pas trouvé d'agglutination franche avec aucun des sérums.

Pour en terminer avec la valeur de la séro-réaction, elle semble, à l'heure actuelle, considérable ; mais, comme la plupart des réactions de laboratoire, croyons-nous, elle doit, en dehors de certaines épreuves cruciales, trouver sa place à côté de la clinique et des autres examens: anatomie pathologique, radiographie, etc., dans le faisceau des preuves sur lesquelles on établira le diagnostic étiologique de l'infection.

3° INTRA-DERMO-RÉACTION A LA MÉLITINE DE BURNET.

Sans insister sur les questions de technique, rappelons que, d'après les travaux de BURNET, APPIETTO, l'intra-dermo-réaction peut être positive à partir du septième jour. Elle peut le rester longtemps, souvent jusqu'à deux et cinq ans après la guérison. Elle s'est cependant montrée négative chez un sujet guéri depuis dix-sept mois.

La longue persistance d'une réaction cutanée franche chez les anciens infectés peut être utilisée pour le diagnostic rétrospectif de la maladie.

Il semble que les résultats de l'intra-dermo-réaction soient à peu près sûrs. TAPIA et DEL VALLE ont expérimenté sur quatorze cas de fièvre méditerranéenne, et ont toujours obtenu des réactions positives. BASTAI et ROTTA esti-

ment que les cas de fièvre ondulante avérés, à réaction négative, sont exceptionnels.

Pratiquement, on peut conclure que la réaction de BURNET est presque toujours positive dans la mélitococcie, qu'elle est y précoce et persistante.

Par contre, on a signalé des cas où la réaction de BURNET était positive en dehors de la fièvre de Malte. Il faut dire que c'est souvent une question d'interprétation quand la réaction n'est pas franche. Mais, dans la grande majorité des cas, elle peut servir utilement au diagnostic: simple, rapide, spécifique, elle est tout particulièrement recommandée aux praticiens qui exercent à la campagne, loin de tout laboratoire.

Elle permet, d'autre part, de faire un diagnostic actuel de la fièvre de Malte dans le cours ou après la convalescence, pendant un temps plus ou moins long après la fin de la maladie car, contrairement à la réaction à la tuberculine qui est indéfinie, en matière de fièvre méditerranéenne, la réaction cesse d'exister un certain temps après la fin de la maladie, sans doute lorsque l'infection elle-même a cessé.

Chapitre V

Traitement

Nous n'insisterons pas, dans ce chapitre, sur le traitement général de la mélitococcie. Nous rappellerons seulement les grands principes du traitement, et verrons la valeur des médications spécifiques dans le traitement des complications ostéo-articulaires de la maladie.

Du reste, à l'heure actuelle, il n'existe pas, à proprement parler, de médication spécifique efficace de la fièvre de Malte; de là, la multitude des moyens thérapeutiques proposés.

Rappelons, en quelques mots, les précautions d'hygiène générale. Même dans les périodes de convalescence où l'on observe les complications ostéo-articulaires, il faut se souvenir que le malade est contagieux, et prendre les précautions habituelles de désinfection, visant les déjections, et surtout les urines, les chemises et les draps baignés de sueur, le matériel de pansement, la protection contre les mouches qui peuvent transmettre la maladie. Au point de vue alimentaire, si le malade est encore fébricitant, il faut

dra le nourrir légèrement, et donner les repas peu copieux dans les périodes où la fièvre est, en général, le moins élevée, surtout le matin.

Les boissons doivent être données en abondance pour compenser la déperdition d'eau liée aux sueurs et pour favoriser l'action des émonctoires.

Les manifestations ostéo-articulaires de la fièvre de Malte étant essentiellement des complications, le traitement actif de la maladie devra être entrepris immédiatement, s'il n'a pas été fait. S'il s'agit d'une fièvre de Malte traitée antérieurement, il y aura lieu de reprendre le traitement.

A l'heure actuelle, nous avons à notre disposition les médications suivantes, dont nous verrons plus loin l'application particulière au cours des ostéo-arthrites mélitococciques.

Elles sont de trois variétés:

1° Médication anti-infectieuse;

2° Médication de choc;

3° Médications spécifiques.

1. — Parmi les MÉDICATIONS ANTI-INFECTIEUSES, toute la gamme a été utilisée dans la fièvre de Malte ; les nucléinates, l'uuroformine, l'abcès de fixation. Dans le Midi, on emploie beaucoup les arsénobenzènes, le Quinby.

Ces médications sont de mise pendant l'évolution septicémique de la maladie ; elles ne trouvent guère d'utilité à la période terminale des complications ostéo-articulaires.

2. — LA MÉDICATION DE CHOC est réalisée par les injections de métaux colloïdaux : collargol, électrargol, néosalvarsan, mercurochrome. La protéinothérapie a été opposée à la fièvre ondulante, surtout sous forme de peptonothérapie, d'hémo ou de sérothérapie.

Ces médications peuvent déclencher des chocs utiles contre les phénomènes septicémiques, mais lorsque les germes sont fixés en un point précis, nous croyons que les médications spécifiques trouvent plus leurs indications.

3. — MÉDICATION SPÉCIFIQUE. — Celles-ci comprennent la sérothérapie, la vaccinothérapie, l'emploi des extraits microbiens.

a) La *sérothérapie*: il semble, à l'heure actuelle, qu'en raison de la polyvalence, de la fréquence et de l'intensité de la réaction provoquée, la question de la sérothérapie est loin d'être au point. Peut-être l'injection de sérum de convalescent serait-elle capable de produire des effets, mais nous n'avons pas retrouvé de cas traités de cette manière.

b) La *vaccinothérapie*: elle semble, d'après ce que nous avons pu lire et constater, représenter la médication d'avenir de la maladie, malgré les polémiques qui ont pu être soulevées à son sujet. On a employé des stocks-vaccins, soit à mélitensis, soit à abortus. Nous n'insisterons pas sur les différents vaccins de SERGENT, vaccins de l'Institut Pasteur, vaccin iodé de RANQUE et SENEZ, etc.

Ces vaccins ont été accusés d'inefficacité dans le traitement de la fièvre ondulante; ils ont été cependant employés avec un certain nombre de résultats partiels, et il semble

qu'on puisse tout au moins les essayer, sans parti-pris, dans la fièvre de Malte. Ils ont été peu employés dans le traitement des complications osseuses.

c) Les extraits microbiens: au contraire, il semble que les observations les plus intéressantes, au point de vue résultats thérapeutiques, sont celles où l'on a employé les extraits microbiens, en particulier la mélitine de BURNET.

On a employé également l'endoprotéine de REILLY, qui est préparée avec une culture d'un *Abortus* d'origine tunisienne. Nous n'insisterons pas sur le mode d'action de ces produits, qui est encore actuellement très discuté.

La vaccinothérapie semble avoir donné des résultats sous ces différentes formes dans les observations de BOTREAU-ROUSSEL et HUARD, de ROGER.

MARTIN, dans ses cas de spondylite mélitococcique, dit avoir observé des améliorations appréciables en employant le vaccin de RANQUE et SENEZ, selon leur méthode habituelle, aux doses progressivement croissantes de 1/2, 1, 1 1/2 et deux centimètres cubes, suivis de quelques injections de 2 cc. Les injections sous-cutanées sont faites tous les trois jours.

Nous signalerons du reste que, dès 1929, M. le Professeur G. ETIENNE, a proposé le traitement des formes traînantes de mélitococcies par les petites doses répétées de mélitine.

L'intra-dermo-réaction à la mélitine, à elle seule, constitue un procédé de traitement susceptible d'entraîner une guérison rapide dans quelques cas.

Il semble que la vaccinothérapie ait déterminé surtout une sédation de la douleur; mais le vaccin ne semble pas avoir, vis-à-vis des complications osseuses, une action préventive. Certains malades, traités dès le début de leur maladie, ont vu se développer, chez eux, des complications ostéo-articulaires.

TRAITEMENT LOCAL

Nous ne rappellerons pas tous les principes généraux de traitement des arthrites légères de la mélitococcie, qui relèvent de la même thérapeutique générale que les pseudorhumatismes infectieux : médications sédatives, chaleur, immobilisation, etc.

Dans les formes plus graves, avec épanchement séreux ou séro-purulent, il sera indiqué de pratiquer des ponctions évacuatrices, telles que l'ont fait GARDNER, GIRDLESTONE et GILLEPSIE, dans une observation récente d'arthrites sternocostale et du genou. Dans la plupart des cas, le liquide ne se reproduit pas. S'il avait tendance à se reproduire, on pourrait faire suivre la ponction, comme cela a été proposé récemment, d'injection d'air stérile et d'huile iodée.

Nous n'avons pas vu signalées d'observations dans lesquelles l'arthrotomie a été nécessaire, tout au moins pour de grandes articulations.

A la suite de ce traitement, l'évolution fonctionnelle est, en général, favorable. Le membre retrouve sa souplesse. Il reste cependant, quelquefois, une certaine raideur qui sera

vaincue par une mécanothérapie judicieuse. Celle-ci doit, en effet, être mise en œuvre assez rapidement ; elle empêchera à coup sûr l'ankylose de se produire, car c'est souvent l'indocilité du malade qui est cause de son infirmité. C'est ainsi que CANTALOUBE a pu observer un genou atteint d'ostéo-arthrite soudé en position vicieuse et que le malade refusait de laisser soigner.

Quel traitement doit être appliqué aux abcès mélitococciques ? Bien que l'affection causale soit infectieuse, à marche aiguë et fébrile, l'abcès mélitococcique prend rarement l'allure d'un abcès chaud pseudo-phlegmoneux, comme les abcès ostéomyélitiques, ou même typhiques.

Lorsqu'il s'agit d'un abcès tiède, qui se signale par une fièvre modérée, de légers malaises, une progression peu rapide, il faut alors pratiquer une incision et drainer. La guérison se produit en général rapidement.

Lorsque l'abcès se présente sous la forme d'un abcès froid rappelant l'abcès tuberculeux, la ponction simple est suffisante. La ponction, alors, dans certains cas, sera renouvelée.

Inutile de dire que l'examen du pus sera pratiqué, ce qui évitera, dans certains cas, la confusion avec la tuberculose (examen direct, culture, inoculation).

Retenons que ces manifestations osseuses de la mélitococcie ont une tendance naturelle à la guérison, si bien que, dans certaines observations, on constate, malgré l'absence de traitement spécifique, la régression spontanée des lésions. C'est surtout dans les formes tenaces que les traitements spécifiques seront indiqués.

Observations

OBSERVATION I

(HAMANT et ROTHAN)

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, maçon, à Bourbonnelles-Bains, qui fut traité à l'âge de 18 ans, pour une fièvre typhoïde ; comme suites, le malade a présenté pendant un certain temps des arthralgies qui ont été étiquetées rhumatisme articulaire aigu. Au cours de son service militaire, il a subi une vaccination antityphoïdique.

En janvier 1933, il a présenté à nouveau une fièvre continue à température élevée ($39^{\circ}5-40^{\circ}$), pendant 40 jours : on porta le diagnostic de paratyphoïde. A son décours, le malade présenta les signes d'une orchio-épididymite, qui ne tarda pas à se fistuliser à la peau.

Au mois de juillet 1933, cet homme vit se développer sous le sein gauche une tuméfaction ; en six semaines, elle atteignit les dimensions d'une petite paume de main.

C'est au moins d'août qu'il entre au service de M. le Professeur HAMANT, pour cette tuméfaction. A ce moment, le malade, qui se présente assez amaigri, n'a plus que de rares fébricules vespérales à $37^{\circ}5$. On constate dans la région préthoracique gauche, sous le sein gauche, et en dedans, une tuméfaction ovalaire, recouverte par une peau légèrement rouge, violacée, rénitente et nettement fluctuante dans sa région inférieure la plus saillante.

Au niveau des bourses, il existe deux orifices fistuleux en

regard de la face antérieure du testicule droit, laissant sourdre un peu de sérosité louche.

Au point de vue général, pleuro-pulmonaire en particulier, on ne trouve rien d'anormal. La radiographie ne permet pas de reconnaître des lésions chondro-costales ou sternales.

On a ponctionné à plusieurs reprises la collection préthoracique et le liquide purulent, bien lié, ressemblant au pus d'abcès froid, a étéensemencé, mais s'est montré chaque fois stérile ; pas de germes à l'examen direct ; les cultures n'ont pas poussé.

L'existence de l'orchi-épididymite d'une part, la pyrexie antérieure d'autre part, qui n'était manifestement pas une typhoïde, nous ayant orienté vers une mélitococcie possible, on fait faire un séro-diagnostic, qui se montre positif au *melitensis* jusqu'au taux limite de 1/400.

En interrogeant le malade, on apprend que, dans son pays, il y eut cet été plusieurs cas d'avortement parmi les bovidés. On pratique aussitôt des injections intra-musculaires de mélitine, procurée par l'Institut d'Hygiène de Nancy.

En espaçant les injections de quatre jours, on injecte successivement 1/4, 1/2, 3/4 et 1 cc. de mélitine dans les muscles de la fesse.

Dès les deux premières piqûres, il semble que le volume de la tuméfaction diminue sensiblement. Cependant, les téguments déjà rouge-violacé à l'entrée, sont sur le point de laisser la collection se fistuliser, et pour la devancer, on ponctionne l'abcès au bistouri. On ne trouve pas de côté dénudé, mais l'intérieur de la poche présente des fongosités épaisses.

OBSERVATION II

(GIRARD et MARCHAL)

Un cas d'abcès osseux à mélitocoques.

M..., âgé de 14 ans. Antécédents héréditaires: mère morte d'un mal de Pott.

Antécédents personnels : rien à signaler.

Histoire de la maladie :

Le 17 juillet, le malade eut brusquement des vomissements alimentaires. Le 18 juillet, il dut s'aliter pour une douleur vive de la région interne du condyle fémoral droit. En même temps, il signale trois épistaxis durant cette journée.

Un médecin constate, à ce moment, une température de 38°5 le soir, 37° le matin, et, pensant à une ostéomyélite, fait injecter des vaccins antipyogènes et de l'uroformine.

Puis la douleur et la fièvre persistant, l'augmentation du volume du genou, font entre le malade salle XI, le 3 août 1933.

A son entrée, la température est de 39°1; le pouls à 120, l'état général mauvais, l'anémie très marquée (pâleur de la peau, décoloration des muqueuses). Le genou droit est globuleux, avec effacement des méplats; choc rotulien, gonflement du creux poplité. Il existe un point très douloureux, bien limité à la partie supéro-interne du condyle fémoral interne droit, au niveau de l'insertion du grand adducteur. Les mouvements de la jambe sur la cuisse sont limités et très douloureux. Adénopathie inguinale. En outre, le malade prétend qu'il a beaucoup maigri; il transpire abondamment, et l'examen permet de signaler de la constipation, du gargouillement caecal, une hypertrophie de la rate, percutable sur trois travers de doigts et des traces d'albumine dans l'urine.

Devant cette histoire clinique, frappés par la fièvre irrégulière depuis plus de quinze jours, l'importance de l'anémie, l'intensité de la transpiration, les épistaxis, la constipation, la splénomégalie, nous pensons à une arthrite consécutive à la fièvre de Malte, et nous demandons immédiatement un séro-diagnostic, qui est positif au M. mélitensis à 1/800.

La radiographie du genou montre (Docteur GRÉGOIRE) :

Au niveau de la région sus-condylienne interne, des plages de raréfaction osseuse se dessinant sur un fond de légère décalcification. La corticale épiphysaire est amincie, légèrement tomenteuse, paraissant éclatée par endroits. Il y a fonte

des travées par lyse, avec une plage transparente à contours imprécis, tendant à se mettre en communication avec la surface de l'os. A ce niveau, le périoste est décollé (cliche de profil).

Nous faisons faire immédiatement des injections combinées de mélitine et de gonacrine. Au bout de 48 heures, la fièvre est tombée à 36°9 le matin, 37°5 le soir. La douleur a beaucoup diminué. Onze jours après, l'apyrexie est complète, tous les signes locaux ont disparu, l'appétit est redevenu normal et le malade reprend rapidement ses forces.

Il quitte le service, complètement guéri, le 31 août.

En résumé, une jeune homme présente un syndrome d'arthrite aiguë du genou, à début brutal, avec lésions osseuses du fémur. La clinique et le laboratoire le rattachent à la fièvre de Malte, et un traitement spécifique amène une guérison rapide et complète.

OBSERVATION III

(H. ROGER)

Mal de Pott avec paraplégie et mélitococcie.

M. X..., 25 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants. Bonne santé habituelle.

La maladie actuelle a débuté, il y a deux ans et demi environ, par une douleur survenue brusquement dans la région lombaire, à l'occasion d'un effort. Son médecin pense à une rupture musculaire ; mais la douleur s'aggrave et oblige le malade à garder le lit. Au bout de cinq à six jours, elle devient assez violente, pour arracher des cris au malade ; en même temps, la fièvre s'installe et le médecin traitant, qui a une longue pratique de la fièvre de Malte, pense à cette affection. Les douleurs dans la région dorso-lombaire dominent alors tout le tableau clinique par leur intensité et par ce

caractère tout particulier d'être beaucoup plus intolérables dans la position couchée que dans la position assise. Mais bientôt s'installe une paraplégie totale avec paralysie des sphincters et escharre sacrée.

Un médecin consultant pose le diagnostic de mal de Pott, avec compression médullaire, et le malade est porté à la ville pour y être radiographié, trois mois et demi après le début des accidents. Le même phénomène des douleurs intolérables en position couchée persiste, et la radiographie ne peut être prise, d'ailleurs très difficilement, qu'en position assise. Elle ne révèle rien de franchement appréciable au niveau des vertèbres dorso-lombaires.

Examen du liquide céphalo-rachidien: liquide très limpide. Culot de centrifugation presque nul. Albumine: 0,18; chlorure: 6,90; urée: 0,41. Au microscope, culot contenant simplement quelques lymphocytes. Pas de leucocytose; pas de micro-organisme décelable.

On pose le diagnostic de myélite transverse, et on fait un traitement spécifique. La fièvre est presque nulle.

Quand nous voyons le malade, il présente les symptômes classiques de la paraplégie spasmodique, avec large escharre sacrée et paralysie des sphincters; mais, en outre, sont survenus depuis quelques jours des phénomènes pulmonaires unilatéraux (à droite), avec hémoptisies couleur chocolat; la fièvre est remontée, ce qui fait penser au développement d'une tuberculose à forme rapide; néanmoins, on ne décèle pas de Bacille de Koch dans les crachats. Au bout de quelques semaines, ces phénomènes s'amendent. Le traitement spécifique, continué pendant cette période, n'a donné aucun résultat quant aux phénomènes paraplégiques.

Au début de juin, nous pensons à une infection de nature mélitococcique, et nous faisons procéder à un séro-diagnostic, qui est fortement positif au mélitocoque. Un nouvel examen fait à quelques jours d'intervalle confirme pleinement les premiers résultats.

Nous faisons alors quelques injections de vaccin anti-mé-

litococcique, dont les résultats ne sont pas très apparents. Enfin, nous nous bornons à la médication symptomatique des contractures douloureuses, qui ne tardent pas à s'établir en même temps que revient très lentement la motilité.

Une deuxième radiographie faite un an après la première semble indiquer, par un léger flou dans les contours, une lésion osseuse ou ligamenteuse au niveau des dernières dorsales. A ce moment, tous les symptômes se sont cependant améliorés avec une extrême lenteur, mais avec une progression régulière et continue, qui fait espérer encore de meilleurs résultats pour l'avenir.

Etat actuel du malade, deux ans et demi après le début :

Réflexes des deux côtés: Babinski positif, rotuliens exagérés, médio-pubien supérieur et inférieur positifs ; crémasterien et abdominal négatifs ; achilléen exagéré (sa recherche éveille la trépidation épileptoïde); olécraniens et cutanés normaux. Absence de contraction idio-musculaire.

Pas de modification de la sensibilité. Plus de contractures douloureuses.

Le malade marche avec deux cannes, mais la station debout, sans appui, est impossible par perte d'équilibre.

Aucun trouble du côté des autres organes.

Une troisième radiographie indique maintenant des lésions osseuses indiscutables dans les D8, D9, D10.

Aucun abcès par congestion n'a été constaté jusqu'ici.

OBSERVATION IV

(H. ROGER)

Nous avons eu l'occasion, il y a quelques mois, de voir en consultation un autre malade présentant le même phénomène très spécial de douleurs intenses dans la région lombaire et dans les membres inférieurs, disparaissant par la station debout, et obligeant ainsi le malade à passer ses journées et

ses nuits debout, les deux mains appuyées sur une table, d'où également œdème énorme des jambes. Sur ce seul symptôme, nous avons cru pouvoir poser le diagnostic de mélitococcie qui a été confirmé par le laboratoire ; il y avait d'ailleurs des chèvres qui avaient avorté dans la maison du malade.

Il me paraît intéressant d'insister sur ce symptôme singulier constitué par des douleurs très intenses, atroces disent les malades, dans la région dorso-lombaire, disparaissant par la station debout, et reparaissant dans la position couchée, symptôme que je n'ai trouvé, jusqu'ici, que chez trois mélitococciques indiscutables.

Je dois ajouter cependant qu'un phénomène analogue, une douleur intense dans la région dorsale supérieure avec irradiation dans le thorax, survenant la nuit, au lit, et disparaissant rapidement en position assise, et mieux en station verticale, a été pendant longtemps, chez un de mes malades, le seul symptôme d'un anévrisme de la crosse de l'aorte révélé par la radioscopie, et a disparu très vite sous l'influence du traitement spécifique, bien que l'anévrisme ait continué d'ailleurs à se développer.

Ce rapprochement pourrait peut-être servir à éclairer la pathogénie du phénomène, et en tout cas, rapproche par un nouveau point la mélitococcie de la syphilis qui ont, par ailleurs, bien d'autres points communs.

OBSERVATION V

(Madame MARTIN, Thèse, Marseille, 1926)

Gi..., ouvrier agricole fut pris le 20 mars 1924 de frissons et fut obligé de se coucher. La température atteint 40°, avec céphalée et sueurs abondantes. La séro-réaction de WRIGHT est positive. A partir du 25 mars, le malade reçoit tous les trois jours une injection de vaccin anti-mélitococcique totalisant sept injections,

La fièvre aurait été à peu près continue pendant deux mois et demi, sans ondes.

En juin, après deux mois et demi de maladie, Gi... commença à se lever.

Durant la période fébrile, il n'avait pas d'algies, mais lorsqu'il s'est levé, il a commencé à souffrir, d'abord du membre inférieur droit, puis à l'épaule droite, à l'épaule gauche, au membre inférieur gauche ; il n'y avait pas de gonflement d'aucune articulation.

Fin août, les douleurs gagnent la région lombaire ; en septembre, le malade est obligé de s'aliter, les douleurs étant exacerbées par la station debout. Les sueurs profuses ont à peu près disparu.

En novembre 1924, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine générale, souffrant de douleurs lombaires ; il se plaint en outre de parésie des membres inférieurs. Les moindres mouvements éveillent des douleurs très violentes.

Durant le mois, il fait une fébricule atteignant exceptionnellement 38° 5.

Un B. W. et un séro de Wright sont négatifs. Introdermo à la mélitine positive. Aucun trouble à signaler ; néanmoins le malade reprend légèrement du poids. A signaler cependant que Gi.. est tombé malade dans une région où sévit la fièvre de Malte.

En décembre, le malade passe en chirurgie où on l'immobilise sur une planche, ce qui calme en partie ses douleurs.

Il passe ensuite à la clinique de neurologie.

Membres supérieurs : articulations souples des deux côtés. Pas de douleurs — réflexes normaux.

Membres inférieurs : la force musculaire est conservée. Réflexes rotuliens vifs, et un peu polycinétiques, surtout à droite. Pas de clonus du pied. Réflexes achilléens difficiles à trouver. Réflexes fessiers vifs des deux côtés, avec contractions fibrillaires bilatérales s'irradiant à la cuisse. Babinski en flexion. Exagération des réflexes de défense. Réflexes crémastériens et abdominaux normaux,

Sensibilité : Le malade ne présente pas de troubles de la sensibilité objective ; il paraît seulement sentir un peu mieux au tronc qu'aux membres inférieurs.

Rachis : le malade localise ses douleurs aux environs de D 11 et de D 12. Toute cette région est contracturée, surtout lors des tentatives de mobilisation.

Légères douleurs à la mobilisation de L 1 et L 2 ; L 4 est douloureux à la percussion. Légère saillie correspondant à L1 L2.

L'hyperextension des membres sur le bassin est impossible. Aucune douleur ne se manifeste à la pression des articulations sacro-iliaques et sacro-vertébrales.

Au poumon droit, légère submatité avec inspiration plus rude et expiration plus prolongée en avant.

Examen du liquide céphalo-rachidien : liquide clair. Tension : 19 — Cytologie : 0,6 par mm.c. Albumine : 1 gr. 25 B. W. négatif. (La ponction lombaire a été difficile). Séro-réaction de Wright positive à 1/1.000.

Le 24 décembre 1924, à la radiographie: de face: diminution des disques L1 et L2. Aspect plus clair du corps de L1 à sa partie médiane et sur son bord gauche. Légère scoliose avec pincement de l'espace L4 L5 à gauche. De profil, il n'y a pas de lésion appréciable.

Le 6 janvier 1925, une intra-dermo-réaction à la mélitine est fortement positive.

L'alitement est continué, ainsi que la vaccinothérapie. Amélioration au point de vue des douleurs, qui disparaissent à la percussion de la région lombaire fin janvier. La raideur persiste néanmoins.

Nouvel examen du liquide céphalo-rachidien : Tension: 13. Albumine : 0 gr. 75 — Cytologie : 1,4 — B. W. positif. Wright positif à 1/50.

En février 1925, le malade souffre de la cuisse droite. On refait une nouvelle série de vaccin à la suite de laquelle le malade se trouve amélioré,

En mars, le malade ressent à nouveau des douleurs aux épaules et au cou, exacerbées par les injections de vaccin. Nouvel examen du système nerveux : pas de déficit moteur, ni à la cuisse, ni au mollet. Les réflexes rotuliens sont un peu plus vifs ; les achilléens sont diminués. Réflexe plantaire en flexion marquée. Réflexes crémastériens et abdominaux normaux. Sensibilité cutanée normale.

La colonne vertébrale est plus souple qu'auparavant. On trouve un point douloureux à la pression profonde de L 3. La mobilisation se fait en bloc, le rachis raidi ; l'articulation sacro-iliaque est indolore.

Le malade souffre des deux épaules. A l'épaule droite, point douloureux articulaire antérieur ; mouvements d'élévation du bras très limités, avec atrophie des deltoïdes, sus-épineux et sous-épineux. Pour l'épaule gauche, on arrive à mobiliser ce bras à angle droit. La mobilisation détermine des craquements. Les réflexes sont un peu vifs des deux côtés.

L'extension de la tête est limitée et douloureuse ; la flexion forcée est douloureuse. Pas de douleur à la pression.

On fait un traitement au salicylate de soude et au salicylate de lithine. Bains thermo-lumineux. Radiographie de l'épaule : normale.

Radiographie de la colonne lombaire : diminution de l'interligne L1, L2 et de l'interligne L4, L5, surtout à gauche ; tendance à l'aspect en bec de perroquets.

Epreuve du lipiodol épidural : la radiographie effectuée le lendemain de l'injection montre des traînées de lipiodol descendues jusqu'au disque L4, L5, où il s'arrête. Chemin faisant, des traînées font issue par les trous de conjugaison gauches.

En résumé : spondylite lombaire survenue à la convalescence d'une mélitococcie. Raideur intense pseudo-pottique du rachis lombaire, avec douleurs très vives calmées par l'immobilisation dans une gouttière. Exagération des réflexes rotuliens, diminution des achilléens. Grande dissociation albumi-

no-cytologique du liquide céphalo rachidien. Amélioration progressive des douleurs et de la raideur lombaire en partie sous l'influence de la vaccinothérapie.

OBSERVATION VI

(Madame MARTIN)

Antécédents personnels du malade : rien à signaler, si ce n'est des douleurs lombaires quand il se penche en avant. Une fille en bonne santé.

En mars 1924, la malade a présenté une fièvre dont les maxima oscillaient entre 39° et 40°, avec sueurs abondantes, et ayant duré jusqu'en juin, avec des rémissions de plus ou moins longue durée. En mai, apparaissent des douleurs de la région lombaire, s'accroissant en septembre et amenant une diminution considérable de la force des membres inférieurs.

Fin mars 1924, le malade se déplace difficilement, marchant uniquement avec des béquilles. Douleurs lombaires et sacrosciatiques gauches continues très vives, avec exacerbation par crises surtout nocturnes et à l'occasion des mouvements. On constate une raideur de la colonne lombaire ; l'ensellure normale n'existe pas : la flexion en avant et l'hyper-extension sont à peu près impossibles. A la pression, on réveille une douleur particulièrement vive de L2 à L5.

Au membre inférieur gauche, on trouve une série de points douloureux, moins accentués cependant que les points lombaires. Pas de zone d'hypoesthésie dans le territoire du sciatique gauche.

Le malade accuse de la parésie prédominant au membre inférieur gauche, due surtout à l'immobilisation et au réveil des douleurs sous l'influence des mouvements. Il y a cependant une diminution de la force de flexion de la jambe sur la cuisse à gauche,

Réflexes rotuliens vifs des deux côtés; réflexes achilléens normaux. Réflexes plantaires en flexion.

Légères paresthésies aux extrémités des doigts, au membre supérieur.

Le fonctionnement des autres appareils est à peu près normal, sauf une légère dysurie avec pollakiurie nocturne.

Tension : 16-10.

Radiographie de la région dorso-lombaire : de face, nombreuses productions ostéophytiques avec nombreux becs de perroquets. De profil, les faces antérieures des corps vertébraux sont moins incurvées que leurs bords ; les disques sont conservés. On conclut donc à une spondylite lombaire et à une arthrite sacro-iliaque d'origine mélitococcique avec réaction du côté du sciatique.

On conseille un régime léger, avec vaccinothérapie à la suite de laquelle le malade se trouve amélioré ; les douleurs lombaires ont presque disparu, en février 1925 ; il persiste cependant une colonne vertébrale rigide, et de la douleur à la pression latérale de L3 L5. Le malade éprouverait parfois un léger dérobement du membre inférieur droit.

Du côté des membres supérieurs, le malade se plaint depuis deux mois de douleurs assez vives aux épaules, surtout à gauche ; il y a une légère limitation de l'abduction. Légère douleur à la pression du C5. L'état général est meilleur. Tension : 18-10. Séro-diagnostic de Wright positif à 1/500. B. W. négatif ; hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION VII

(Thèse, Madame MARTIN)

Spondylite mélitococcique lombaire avec atteinte sacro-iliaque au cours de la deuxième onde thermique d'une mélitococcie compliquée d'orchite. Douleurs et raideur lombaires. Rechute de la crise douloureuse lombaire quelques mois après.

M. Gal..., 46 ans, présente dans ses antécédents un paludisme léger ; il a deux enfants en bonne santé. Ethylisme professionnel. Quelquefois, douleurs dans la région lombaire.

Histoire de la maladie : Le 27 mars 1923, Gall... est brusquement pris de frissons, suivis d'une période de fièvre subcontinue ayant duré près de deux mois. (Température: 39°-39°5). Le séro de Wright a été positif à 1/500. Après une accalmie thermique d'un mois, où le malade présente de la constipation et des sueurs abondantes, le malade a une rechute. Vers le 15 août, la fièvre se rallume ; des douleurs lombaires violentes apparaissent.

A l'examen, le malade présente dans la station debout ou dans le décubitus ventral une rigidité de toute la colonne lombaire avec une très légère cyphose ; aucun mouvement n'est possible. A la percussion, on réveille une douleur particulièrement au niveau de L3 L4. L'articulation sacro-iliaque est douloureuse à droite.

Les réflexes abdominaux sont diminués. Les rotuliens sont vifs et sans clonus ; les achilléens normaux. La recherche du Lasègue ne montre pas de limitation de la flexion, mais réveille la douleur lombaire ainsi que la flexion de la nuque.

Le malade accuse parfois des douleurs cervicales spontanées et quelques douleurs passagères au poignet droit.

La langue est un peu saburale. La rate est nettement volumineuse (peut-être dûe au paludisme antérieur réveillé par la mélitococcie). Pouls à 90 ; pas d'albumine urinaire. Induration du testicule gauche.

Un traitement au salicylate de soude et à la quinine est mal supporté à cause de l'intolérance gastrique du sujet. La vaccinothérapie et l'héliothérapie lombaire amène une très grande amélioration ; les douleurs lombaires se sont rapidement atténuées.

En avril 1924, rechute de la lombalgie. A l'examen, nous retrouvons une raideur lombaire accusée avec contracture des masses sacro-lombaires s'accroissant par la flexion forcée ou par l'hyperextension. Douleur vive au niveau de L5. Réflexes

rotuliens vifs, achilléens normaux. Léger Lasègue à droite. Bon état général. Tension artérielle: 16-8. A la radiographie: léger flou de l'articulation sacro-iliaque droite. Un traitement au salicylate de soude, à la vaccinothérapie anti-mélitococcique et à l'héliothérapie est suivi d'amélioration.

OBSERVATION VIII

(Thèse, Madame MARTIN)

Mélitococcie débutant par un syndrome lombarthrique, lequel persiste en s'atténuant pendant plus de six mois sans réaction méningée, ni réaction nerveuse des membres inférieurs. Séro de Wright positif à diverses reprises.

Association entérococcique décelée par une hémoculture.

Chev... Claude, cultivateur, 53 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents, si ce n'est une fièvre antérieure, de nature indéterminée (Typhoïde ?) en Algérie ; léger paludisme à Salonique pendant la guerre.

Le malade se présente à la consultation externe de la clinique neurologique en juillet 1923, pour douleurs lombaires avec irradiations fessières. Nous l'hospitalisons, et nous constatons à son arrivée une température de 38°. Le malade signale alors qu'avant sa lombalgie, il avait eu la nuit des frissons et des sueurs abondantes, et que depuis, il avait maigri de 12 kilos en un mois, avait perdu tout appétit et souffrait d'une constipation opiniâtre.

A l'examen, on constate une raideur lombaire, tant dans la station debout que dans la marche, un point douloureux particulier à la mobilisation latérale de L3, et un autre au niveau de la crête iliaque droite.

Aux membres inférieurs, on ne note qu'un signe de Lasègue net à droite. Les réflexes sont un peu vifs.

A la radiographie, ébauche de spina bifida occulta de la première pièce sacrée.

Du côté des divers appareils, signalons une constipation opiniâtre, n'ayant cédé qu'à l'huile de croton. Le séro de Wright est positif jusqu'à 1/300 dans le sang, négatif à 1/50 dans le liquide céphalo-rachidien, ce qui signe la nature mélitococcique de ce rhumatisme vertébral.

On institue un traitement par vaccinothérapie et à la quinine. En septembre, onde fébrile qui résiste à la quinine et à l'autohémothérapie.

Voici l'état du malade au début d'octobre : Raideur de tout le segment lombaire; douleur spontanée au niveau de L3 L4 et de la crête iliaque droite. Aux membres inférieurs, la manœuvre de Lasègue réveille la douleur lombaire et la douleur iliaque, sans irradiation dans la fesse. La flexion forcée de la cuisse sur le bassin est indolore. Les réflexes sont normaux.

Aux membres supérieurs, quelques douleurs dans les mouvements en arrière de l'épaule gauche, avec point algique précis à la partie antérieure de l'articulation. Une nouvelle radiographie ne montre pas de modifications des vertèbres lombaires. Un nouveau séro de Wright est positif à 1/300. L'hémoculture donne « une culture pure d'un cocco-bacille en amas, chaînettes irrégulières en V, parfois capsulé, Gram positif, présentant les caractères morphologiques et fermentatifs de l'entérocoque ».

En janvier 1924, le malade présente toujours de la douleur et de la raideur lombaire, toujours avec état subfébrile. Des injections de lipiodol des masses musculaires sacro-lombaires ont été faites ces derniers temps.

OBSERVATION IX

(Thèse, Madame MARTIN)

Spondylite mélitococcique lombaire de longue durée, survenue au cours d'une fièvre à poussées fébriles nombreuses ne pouvant être cliniquement attribuée qu'à la fièvre de Malte,

en raison de la profession du malade (berger), de l'apparition d'une orchite, malgré un séro de Wright négatif (recherché après une culture défectueuse). Pas d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

Ther... Emile, berger, 64 ans, entre à l'Hôpital de Montpellier, en octobre 1911, pour des douleurs lombaires durant depuis trois semaines. Il n'a pas eu de maladie antérieure ; éthylisme accentué. Deux enfants bien portants.

Fin juin, le malade ressent de l'asthénie et un léger état fébrile qui s'accroît en août. Les douleurs lombaires sont très vives depuis trois semaines. Le malade n'a pas d'appétit et présente une constipation légère. La température oscille autour de 38°; le pouls est à 60°.

L'examen des divers appareils est négatif.

La colonne lombaire est rigide ; le malade a de la peine à s'asseoir dans son lit les jambes étendues; il n'y a pas de saillies anormales; la pression du sacrum et des lombes est particulièrement douloureuse. Les réflexes sont normaux. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Le malade continue à faire des poussées fébriles irrégulières avec des sueurs, qui, rapprochées de ses algies et de sa profession de berger, font penser à une mélitococcie. Un séro de Wright et une culture sont négatifs. Le diagnostic est cependant maintenu en raison de la réaction fébrile persistante et d'une orchite droite survenue pendant le séjour à l'hôpital.

La température tombe fin décembre.

En janvier 1912, les douleurs lombaires s'accroissent; le malade présente de la faiblesse des membres inférieurs et se meut difficilement. Il y a à cette époque exagération nette des réflexes rotuliens qui sont polycinétiques. Pas de clonus du pied.

Enfin, les symptômes s'atténuent, et le malade quitte le service à peu près guéri le 1^{er} juin 1912.

OBSERVATION X

(L. RIMBAUD et P. LAMARQUE,

Soc. Méd. des Hôpitaux, 6 mai 1933)

M. B... Emile, 48 ans, cultivateur, tombe malade en février 1932. Une grande lassitude, la fièvre et la courbature générale l'obligent à s'aliter. Le médecin traitant porte le diagnostic de pneumopathie grippale, puis pense à la mélitococcie : un séro de Wright est positif à 1/200. Pas d'hémoculture.

La vaccinothérapie et le Quinby sont essayés sans succès appréciable.

Après une accalmie au début de mai, le malade s'alite à nouveau en juin; il présente alors de violentes douleurs lombaires, exagérées par les mouvements; ces paroxysmes sont à leur maximum la nuit. Ils durent une dizaine de jours, puis s'atténuent progressivement.

Le malade se sent ankylosé; il ne peut s'asseoir et garde le lit; on l'alimente dans la position du décubitus, et cela pendant deux mois. Les algies ne sont plus aussi vives et ne sont déclanchées qu'après un mouvement violent. Il accuse aussi des douleurs passagères bilatérales au niveau du trochanter. Le traitement par le Quinby et la Gonacrine a été repris.

La maladie évolue normalement avec tous les signes cliniques de la mélitococcie; la température est à type ondulant. Le patient reste alité cinq mois, jusqu'en octobre.

Amélioration en novembre; néanmoins, il persiste de la raideur de la colonne lombaire.

Nous voyons le malade en février 1933: il se plaint de douleurs lombaires; de raideur de la colonne vertébrale. Il se courbe avec effort, difficilement, et ne peut travailler. Aucune gêne dans les articulations coxo-fémorales et dans les genoux. Le malade est apyrétique; l'état général est bon.

Nous ne notons rien dans les antécédents, et l'examen clinique ne montre que de la raideur à la flexion du tronc.

L'examen du système nerveux ne révèle qu'une disparition des réflexes achilléens.

On pense alors à la mélitococcie. Le séro de Wright est positif à 1/80.

La radiographie de la colonne vertébrale montre ceci: nombreux ostéophytes, disparition du disque intervertébral entre L2 et L3; les corps vertébraux correspondants sont le siège d'ostéite, surtout sur le bord droit, ce qui entraîne une légère scoliose. Sur le cliché de profil, le bord antérieur de L2 est irrégulier; mais on ne trouve de décalcification nulle part. Il s'agirait d'un mal de Pott tuberculeux guéri.

Traitement au novarsénobenzol, puis à la diathermie.

Le malade sort en mars, nettement amélioré.

OBSERVATION XI

(BRAULT, cité par le Docteur ZESAS,

Archives Générales de Chirurgie).

Fièvre de Malte; Ostéite du fémur et du tibia gauche; Ostéite des os du crâne. (Académie de Médecine de Paris, 7 juin 1910).

R. D., 45 ans, entre au service en décembre 1909, pour urétrite et métrite blennorragique; elle présente en outre de la fièvre depuis une quinzaine de jours, à 38°-39°, avec intermittences, légers signes broncho-pulmonaire faisant penser à de la grippe qui sévissait alors. Nous notons, en outre, des douleurs articulaires au poignet gauche et au genou droit, de la céphalée, de l'anorexie; la douleur se localise enfin à la jambe gauche.

Le 15 février, la malade accuse une douleur très vive dans

la cuisse gauche, qui paraît gonflée ; après disparition de la douleur deux jours plus tard, nous constatons un gonflement qui partait immédiatement au-dessus de l'épiphyse et se propageait à toute la moitié inférieure du fémur : l'os semblait doublé de volume. L'articulation du genou contenait du liquide.

De plus, survint très rapidement de la douleur et une tuméfaction formant relief sur le tibia du même côté, à la région postéro-interne, en pleine diaphyse, sur une étendue de huit centimètres.

Le 21 février, la malade présente des sueurs profuses et des tendances à la syncope. On fait des injections de caféine et d'éther ; la diarrhée fait place à la constipation.

Malgré la mise en gouttière, la malade continue à souffrir. Nous étions prêt à intervenir, quand un examen plus attentif de la feuille de température, nous fait penser à la fièvre de Malte. Malgré un séro-diagnostic et des anamnèses négatifs, les événements nous donnent raison. Les ostéites fémorale et tibiale s'amendent sérieusement. Un nouveau séro-diagnostic est, cette fois, positif à 1/50.

Après cette accalmie, la maladie présente une recrudescence en avril. Après une sérothérapie, les douleurs nous obligent à immobiliser de nouveau la malade.

Un peu plus tard, les symptômes s'amendent derechef. Mais le 4 mai, la malade attire notre attention sur divers gonflements, qui siègent à la tête et la font souffrir, l'un à la tempe gauche, un autre un peu au-dessus de la région mastoïdienne droite. Une de ces tuméfactions s'étant abcédée, le pus n'a pas révélé de mélitensis, mais quelques microcoques prenant le Gram.

L'abcès ne semble pas se reproduire, mais deux autres gonflements analogues surgissent dans les régions voisines. La céphalée est toujours vive ; quelques vomissements intermittents ; pas de pus à la ponction.

Le 22 mai, l'état de la malade s'aggrave ; elle présente des symptômes méningitiques accentués. Une ponction lombaire

permet de retirer à plusieurs reprises du liquide louche. Le malade succombe le 24 mai.

Tel est ce cas de fièvre de Malte, dont toute l'histoire se résume en quelque sorte dans celle de ces ostéites multiples et diffuses que nous venons de décrire. Ce sont elles qui ont dominé la symptomatologie de l'affection; ce sont les ostéites crâniennes qui ont amené la mort.

En raison du peu de renseignements fournis par le pus des abcès et de la stérilité des cultures, il m'est impossible de dire, dans le cas actuel, si ces redoutables complications osseuses ont été le fait du mélitocoque ou d'un autre microbe plus ou moins associé, ou agissant pour son propre compte.

Cette observation est bien faite pour nous montrer que certaines affections, par leur complexité même et la variabilité de leur symptomatologie sont de véritables « caméléons » susceptibles, un jour ou l'autre, de tromper, momentanément tout au moins, même ceux qui se tiennent sur leurs gardes; de même que l'hystérie et la syphilis, la fièvre de Malte fait partie de ces affections dont les caractères protéiformes sont bien faits pour nous abuser.

OBSERVATION XII

(LAVENTURE, Thèse, Montpellier, 1923)

P... Séraphie, 38 ans, entre au service de M. le Professeur VEDEL, le 4 juillet 1922, pour asthénie, amaigrissement et algies multiples.

Antécédents personnels : Mariée à 28 ans, elle a eu une grossesse normale, l'enfant est actuellement bien portant. En 1912, pleuro-pneumonie guérie en trois semaines. En 1918, érysipèle de la face, qui disparut rapidement. Quatre mois plus tard, à la suite d'une frayeur en période menstruelle, les règles s'arrêtèrent subitement, et n'ont plus jamais réapparues. Depuis, la malade souffre de divers troubles vaso-moteurs

(vertiges, bouffées de chaleur, syncopes locales surtout localisées aux doigts des mains).

Maladie actuelle : Les troubles ont débuté en juin 1922, par des douleurs continues au niveau des grandes articulations, exagérées par la fatigue, sans tuméfaction, ni rougeur. La malade perd de ses forces et est obligée de s'aliter, le 15 juin. Les jambes sont légèrement enflées et elle souffre des épaules, de la région dorso-lombaire et des genoux. La température atteint 40°.

Quand nous examinons la malade, après son entrée à l'Hôpital, nous trouvons une femme de petite taille, légèrement amaigrie, mais dont l'état général paraît suffisant. En plus des troubles vaso-moteurs anciens déjà signalés, elle accuse encore des douleurs aux genoux et aux épaules; elle ressent parfois des crampes nocturnes dans les mollets; quelques douleurs abdominales fugaces et sans localisation précise.

L'examen ne révèle aucune lésion importante : pas de gonflement articulaire, réflexes normaux, mouvements passifs ou actifs s'accomplissant avec leur amplitude normale.

Du côté de l'appareil respiratoire : légère submatité au sommet gauche avec obscurité respiratoire. Langue saburrale. Tension: 11,5-8.

Température: 37°2 le matin, 39° le soir.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic s'oriente vers une tuberculose au début que semble confirmer l'évolution ultérieure (signes pulmonaires gauches dans le courant de juillet).

Le 19 août, P... accuse une douleur assez vive au niveau du genou droit, qui paraît légèrement augmenté de volume; on obtient assez difficilement le choc rotulien, donc il y a une très légère hydarthrose; la lésion semble cependant extra-articulaire, la radiographie ne montre aucune lésion. Les révulsifs amènent une amélioration.

C'est alors que l'aspect de la courbe de la température, la longue durée de l'affection, la présence des phénomènes douloureux font penser à une mélitococcie, diagnostic qu'une hémoculture et un séro-diagnostic vinrent bientôt confirmer.

Fin septembre, la malade éprouve des douleurs dans la région lombaire : contracture antalgique des muscles spinaux; la percussion réveille une douleur difficile à localiser. Ces douleurs s'atténuent rapidement.

En octobre, elle accuse une douleur au niveau du coude droit, douleur spontanée, continue, exagérée par les mouvements; la région du coude est globuleuse. La palpation permet de sentir les culs-de-sac synoviaux tendus, encadrant l'olécrâne à la manière d'un bourrelet; on est en présence d'une arthrite mélitococcique. La tuméfaction douloureuse de l'article a persisté pendant une dizaine de jours, puis elle s'est atténuée progressivement et avait complètement disparu au bout d'un mois.

En février 1923, l'état général est satisfaisant; la malade signale encore des douleurs au niveau des genoux et de la colonne lombaire; l'examen ne montre aucun signe objectif; mais la courbe des températures n'est pas stable et monte assez fréquemment à 38°.

Cette longue affection, dont l'évolution se poursuit encore, est bien une mélitococcie, dûment identifiée par les méthodes de laboratoire.

Une hémoculture pratiquée en septembre a été positive. Le séro-diagnostic de Wright a été positif à 1/500.

Un auto-vaccin a été essayé; mais chaque piqure ayant déterminé la formation d'un abcès (à pus stérile), cette thérapeutique dut être rapidement abandonnée.

Conclusions

De notre étude, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les manifestations ostéro-articulaires de la fièvre de Malte sont fréquentes dans le décours de la maladie. Le plus souvent bénignes, elles peuvent cependant revêtir une allure plus sérieuse, ou se présenter sous forme de manifestations isolées, rattachables à une mélitococcie plus ou moins nettement caractérisée ;

2° Ces ostéo-arthrites peuvent revêtir des formes variables, allant depuis les douleurs plus ou moins fugaces jusqu'aux épanchements articulaires, et même aux ostéites suppurées.

Parmi les localisations les plus fréquentes, nous rappelons les vertébrales, sacro-iliaques, coxo-fémorales, chondro-sternales, etc. Elles peuvent simuler, dans leurs formes chroniques, les ostéo-arthrites tuberculeuses (pseudo-coxalgie, pseudo-mal de Pott méditerranéens);

3° Outre les antécédents et l'examen clinique, le diagnostic s'appuiera sur l'hémoculture, la pyoculture, dont la valeur n'est guère discutable ; sur le séro-diagnostic, l'intradermo-réactionnaire, un peu moins sûrs, mais plus facile-

ment réalisables en pratique. On se méfiera cependant des ostéo-arthrites tuberculeuses consécutives à la mélitococcie, maladie anergisante ;

4° Les lésions osseuses sont, en général, minimales, et ces manifestations ostéo-articulaires, bénignes dans leur évolution.

Leur mode heureux de terminaison est même un signe important de diagnostic. On a signalé cependant, dernièrement, quelques cas d'ostéo-arthrites plus graves, mais cependant curables ;

5° En raison de la bénignité ordinaire de l'évolution, le traitement étiologique sera réservé aux cas graves ; la vaccination, et en particulier la mélitine, seront employés de préférence.

Localement, l'immobilisation, la mécanothérapie consécutive, rarement la ponction, suffisent, dans la plupart des cas d'arthrite.

Dans les ostéites avec abcès, la guérison est obtenue par ponction ; on est obligé exceptionnellement d'inciser.

Bibliographie

A

ANTONINI et COULON. — Présence de *Brucella militensis* dans le liquide d'épanchement d'une hydarthrose du genou. — *Soc. de Pathologie Exotique*, 5 avril 1933.

B

BÉRAUD MARIO. — Un cas d'orchite mélitococcique. — *Soc. de Chir. de Marseille*, juin 1930.

BERNARD Léon. — Mélitococcie et tuberculose. — *Presse Médicale*, 1934.

BETHOUX. — Pseudo-tubercules mélitococciques. — *Presse Médicale*, 26 juin 1929.

BOTREAU-ROUSSEL et HUARD. — Spondylite et arthrite sacro-iliaque mélitococciques. — *Soc. Nat. de Chir.*, 2 déc, 1931, p. 1561.

BRAULT. — Ostéites diffuses prises pour des ostéites à mélitocoque. — *Gaz. des Hôp.*, 25 août 1910.

BRUN et BRUNET. — Ostéite suppurée à mélitensis. — *Soc. Nat. de Chir.*, 19 mars 1924, p. 425.

BURNET. — Types d'arthrite chez les cobayes infectés par... — *Acad. Sciences*, 3 avril 1922.

BURNET, BRUN et BONAÜ. — Abscess sous-cutané de la main évoluant comme un abcès froid. — *Rev. Tun. des Sc. Méd.*, 4 avril 1924,

BAKER. — *Trans. Assoc. Amer. Physiol.* 1928, XIII, 285,

C

- CANTALOUBE. — *Fièvre de Malte en France*. — Paris, 1911.
- CAPPELINI. — Ostéomyélite costale à M., — *Minerva Méd.* 1926, p. 943-47.
- CIGNOZZI. — Spondylite mélitococcique. — *Reforma Med.*, 16 juillet 1921. (in *Presse Méd.* 1921, p. 780).
- CUATRECASAS et TOMEL. — Fracture spontanée après infection osseuse à B. M. — *Rev. Méd. de Barcelona*, 1929, x1, 106.

G

- GARDNER, GIRDLESTONE et GILLEPSIE. — Bone abscesses due to *Brucella metitensis*. — *British Med. Journal*, 9 juillet 1932, N° 3731, p. 53.
- GILOT. — Pseudo-coxalgie méditerranéenne. — *Association Française pour l'Avancement des Sciences*, 1908.
- GIRARD et MARCHAL. — Absès osseux à M. — *Rev. Méd. de l'Est*, 1^{er} février 1934.
- GOUGET. — *Presse Médicale*, 1910.
- GUIBAL P. — Mal de Pott mélit. — *Presse Médicale*, 10 nov. 1934, p. 1777.
- GUIMAR REDELL. — Spondylite m. — *Acta Scandinavica*, 3 déc. 1931 (in *Presse Méd.* 1932, *Revue des Journaux*, p. 80).

H

- HAMANT et ROTHAN. — Ostéite costale à M. — *Revue Méd. de l'Est*, 15 décembre 1933.
- HARDY, JORDAN, etc. — *Nat. Inst. of Health U. S. Treas. Dep. Bull.*, N° 158.

I J

- JAUHON et DUPONNOIS. — Localisations articulaires de M. — *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, 25 janv. 1929, p. 242.
- JOBARD. — Ostémyélite costale. — *Soc. de Méd. et d'Hyg. du Maroc* (in BOTRÉAU-ROUSSEL et HUARD, *Soc. Chir.*, 1931).
- JULLIEN JOS. — Brucelloses et Tuberculoses. — *Paris Méd.*, 23 sept. 1933, p. 221.

K L

- LAGRIFFOUL, ARNAL et ROGER. — Pseudo rhumatisme m. — *Gaz. des Hôp.*, 14 juin 1920.
- LANCE et JAUBERT. — *Revue de Chir.*, août-juillet 1919.
- LAVENTURE. — *Localisations articulaires*. — Thèse, Montpellier, 1922-23.
- LEDoux et GOMET. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 2^e déc. 1932.
- LÉVY R. et NEIMANN. — Un cas mortel de Brucellose humaine. — *Rev. Méd. de l'Est*, 15 juillet 1934.
- LISBONNE et CARRÈRE. — L'Étiologie de la Méliococcie. — *Journal Méd. Franç.*, mai 29, p. 171.

M

- MARTIN. — *Les spondylites m.* — Thèse, Paris, 1926.
- MASSABUAU, M^{lle} SOULAS et GUIBAL. — *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méd.*, juillet 1929.
- MASSOT et D'OLMER. — Valeur de l'intra-dermoréaction. — *Soc. de Méd. et d'Hyg. Coloniales*, 9 oct. 1924.
- MELNOTTE et MASSON. — Arthralgies. — *Soc. Méd. d'Hyg. Tropic.*, 26 oct. 1933.
- MONTAGNÉ. — *Spondylites m.* — Thèse, Montpellier, 1926.

N

NATTAN LARDIER. — *Ostéite sternale*. — (in P. M., 1933), p. 1948.

O

OLMER. — Mélitococcie et tuberculose. — *Rev. Méd. de France et des Colonies*, juin 1925, p. 443.

OLMER. — Mélitococcie et tuberculose. — *Soc. Méd. et Hyg. Coloniales*, 25 oct. 1925.

OLMER. — Mélitococcie et tuberculose. — *Marseille Méd.*, 25 oct. 1925.

P

PALAGI. — Spondylite m. — *Congrès d'Orthop.*, 1933 (discus.), in P. M., 1933, p. 1426.

PHOCAS. — Complications chirurgicales de la M. — *Congrès de Chir.*, 1910, p. 742, (rapport).

PHOCAS. — Complications chirurgicales de la M. — *Progrès Méd.*, 1910, N° 43.

PHOCAS. — Complications chirurgicales de la M. — *Archiv. Provinciales de Chir.*, 1910.

PIERI. — Ostéite costale à M. — *Congrès de Chir.*, 1910.

PARISOT J. et R. LÉVY. — Le dépiastagie et la lutte contre la fièvre ondulante en Lorraine. — *Congrès Provincial d'Hygiène*, Nancy, juillet 1932.

PARISOT J., VIDAL et R. LÉVY. — Deux cas de fièvre ondulante humaine en rapport avec une Brucellose bovine du type mélitensis. — *Revue d'Hygiène*, juillet 1932, tome LIV, N° 7.

PARISOT J. et R. LÉVY. — La dangereuse extension des brucelloses en Lorraine. Comment l'enrayer, — *XXI^e Congrès d'Hygiène*, Paris, 22 oct. 1934.

R

- RANQUE et SENEZ. — 200 cas de fièvre de Malte. — *Marseille Méd.*, 15 juillet 1923.
- La mélitococcie en Provence au cours de ces dernières années. — *Marseille Méd.*, N° 30, 25 oct. 1925.
- Diagnostic bactériologique de la mélitococcie. — *Journal Méd. Français*, mai 1929.
- RAUZIER. — Paraplégie d'origine mélit. — *Soc. Méd., Montpellier*, 1910.
- Paraplégie d'origine mélit. — *Soc. Méd. et Hyg. Coloniales de Marseille*, in *Marseille Méd.*, 25 oct. 1925, p. 1691.
- RAMOND. — *Cliniques* (tome 11, p. 139).
- RAUZIER et ROGER. — Association de mélitococcie et de typhoïde. — *Montpellier Méd.*, 3 avril 1910.
- RIMBAUD. — Arthrite sacro-iliaque. — *Soc. Sc. Méd. de Montpellier*, juin 1932.
- RIMBAUD et LAMARQUE. — Mal de Pott mélitoc. — *Soc. Méd. des Hôp*, 19 mai 33, p. 700.
- ROGER H. — Mal de Pott avec paraplégie. — *Marseille Méd.* 20 octobre 25.
- ROGER. — Spondylite m. — *Journées Méd. Tunisiennes*, 25 avril 1926, (in *Presse Méd.*, 5 mai 1926, p. 572)
- ROGER. — La spondylite mélitococcique. — *Presse Méd.*, 24 juillet 1926.
- ROGER. — Formes cliniques. — *Journal Méd. Français*, mai 1929, p. 155-70.
- ROGER. — Spondylites. — *Presse Méd.*, 7 mai 32, et *Paris Méd.*, 1^{er} octobre 32.
- ROZIÈS. — Traitement curatif. — *Journal Méd. Français*, mai 1929, p. 186.

S

- SALAN. — *Mélitococcie et Tuberculose*. — Thèse, Montpellier, 1931.
- SIMPSON. — *Ann. Int. Méd.* 1930, IV, 238.
- SÉE Pierre. — Les Brucelloses - Supplément de *La Médecine*, août 1932, N° 12. (Bibliographie importante).

T U V W

- VIGNE. — La brucellose en pathol. obst. humaine. — *Presse Méd.*, 21 sept. 1929.
- VILLAR et PECH. — Ophtalmie mélit. — *Soc. d'Ophtalm. de Paris*, déc. 1929 (in *Presse Méd.* 1930, I, p. 105).
- VIOLLE. — *La fièvre ondulante*. — Masson, 1927.
- WEILL S. — Lésions du squelette (arthrite tarso-métatarsienne). — *Zentralbl. für Chir.* 1930 LVII 1269 (in *Presse Méd.* 1930, *Revue des Journaux*, p. 150).

X Y Z

- ZESAS. — Complications ostéo-articulaires de la fièvre de Malte. — *Arch. gén. de Chir.*, 25 janv. 1911, p. 47.
- ZESAS. — Complications ostéo-articulaires de la fièvre de Malte. — *Arch. für Orthop.*, 1911, Bd. LX.
- ZDRODOWSKI and BRENN. — *Ann. Inst. Past.*, 1930, XLV, 768.
- ZUCCOLI. — *Gaz. degli Ospedali*, 8 janvier 1928 (in *Presse Méd.*, 18 avril, *Revue des Journaux*, N° 59).
-

Table des Matières

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Les Arthrites.	
Mélitococciques	7
Arthralgies	9
Hyd artrose	10
Arthrite suppurée	10
CHAPITRE II. — Manifestations osseuses des Brucelloses.....	13
Les ostéites suppurées	16
CHAPITRE III. — Spondylites.....	21
Complications crâniennes	35
CHAPITRE IV. — Diagnostic	37
CHAPITRE V. — Traitement général.....	47
Traitement spécifique	49
Traitement local	51
OBSERVATIONS	53
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE.	77

Vu le :

Nancy, le 21 décembre 1934.

Le Président de thèse,

HAMANT.

Vu et approuvé :

Nancy, le 22 décembre 1934.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 24 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

